N° D'ORDRE
27

ANNÉE 1962

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 Février 1962

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Mademoiselle Denise-Claire ROTHBERG

Ancienne Externe des Hôpitaux de Lyon, Interne des Hôpitaux Psychiatriques

née le 14 Novembre 1934 à Lyon (Rhône)

SITUATIONS D'OPPRESSION EN PSYCHIATRIE

Quelques témoignages cliniques à l'Hôpital Psychiatrique

N° D'ORDRE
27

ANNÉE 1962

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 Février 1962

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Mademoiselle Denise-Claire ROTHBERG

Ancienne Externe des Hôpitaux de Lyon, Interne des Hôpitaux Psychiatriques

née le 14 Novembre 1934 à Lyon (Rhône)

SITUATIONS D'OPPRESSION EN PSYCHIATRIE

Quelques témoignages cliniques à l'Hôpital Psychiatrique

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550016_0001

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

M.J. LEPINE : Doyen honoraire
Membre de l'Institut.

M.H. HERMANN : Doyen
Correspondant de l'Institut.

M.M. LEVRAT, Assesseur
L. REVOL , Assesseur

Professeurs honoraires

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

Professeurs

MM. HERMANN	Physiologie
CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale
ROCHET	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
GUILLEMINET	Clinique de chirurgie orthopédique et de chirurgie infantile
REVOL	Pharmacie galénique et matière médicale
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
DUCLOS	Clinique stomatologique
BERNHEIM	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge
JOURDAN	Biologie médicale et pharmacodynamie
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C

BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
CREYSSEL	Clinique traumatologique des membres
DARGENT	Cancérologie
GUICHARD	Anatomie pathologique
GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie chirurgicale
GIRARD Marcel	Thérapeutique
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
KEHL	Histologie et embryologie
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique des maladies infectieuses
GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
MONNET	Bactériologie

Professeurs à titre personnel

MM.	BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
	DORCHE	Technologie pharmaceutique

Professeurs sans chaine

MM.	BANSSILLON	Obstétrique
	ROMAN	Parasitologie
	BERTOYE	Bactériologie
	CIER J.François	Physiologie
	CHATONNET	Physiologie
	CIER André	Pharmacie chimique et pharmacologie
	PERROT	Chimie organique et toxicologie

Maitres de Conférences-Agrégés

Médecine.

MM.	FEROLDI	Anatomie pathologique
	CREYSSEL Roger	Chimie biologique et médicale
	DUROUX Emile	Anatomie
	BRETTE René	Thérapeutique
	DUMONT Louis	Histologie
	THIVOLET Jean	Hygiène
	GARIN Jean-Paul	Parasitologie
	MORET Robert	Physique
	BOUCHET Alain	Anatomie
	TOMMASI Michel	Anatomie pathologique
	RIFFAT Georges	Hygiène

BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie galénique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
FAUCHERE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergo-logie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
CHEYSSEL	Clinique traumatologique des membres
DARDENT	Cancérologie
GUICHARD	Anatomie pathologique
GUYARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
LATAPIET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie chirurgicale
GIRARD Marcel	Thérapeutique
VAGNON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
KEHL	Histologie et embryologie
PAPILLON	Radiologie
JEGUE	Clinique des maladies infectieuses
COMBY	Hydrologie thérapeutique, climatologie et hygiène mentale
MONNET	Bactériologie

Professeurs à titre personnel

MM. BERGER	Physique médicale appliquée à la médecine
BOUCHE	Technologie pharmaceutique

Professeurs sans chaire

MM. BAUMGARTNER	Obstétrique
ROMAN	Parasitologie
BERTOYE	Bactériologie
CUZIN J.-Pierre	Physiologie
CHATONNET	Physiologie
CUZIN André	Pharmacie chimique et pharmacologie
TERROT	Chimie organique et toxicologie

Maîtres de Conférences-Agrégés

Médecine.

MM. PESCOLOT	Anatomie pathologique
CHEYSSEL Roger	Chimie biologique et médicale
DUBOUX Emile	Anatomie
BRETTE René	Thérapeutique
DUMONT Louis	Histologie
THIVOLET Jean	Hygiène
GARIN Jean-Paul	Parasitologie
MOREL Robert	Physique
ROUCHET Alain	Anatomie
TOURAIS Michel	Anatomie pathologique
VITTAT Georges	Hygiène

	JOUVET Michel	Pathologie expérimentale
	FAVRE-GILLY Jean	Hématologie

Pharmacie

MM.	ODDOUX Lucien	Botanique et cryptogamie
	MALLEIN René	Chimie analytique
	GRAS Jean	Chimie biologique
	PEYRIN Jean-Olivier	Physique

Agrégés en exercice

MM.	MATHIEU Jacques	Obstétrique
	MARION Joseph	Orthopédie
	GUINET Paul	Médecine générale
	PONT Maurice	Médecine générale
	VIGNON Georges	Médecine générale
	REVOL Louis	Médecine générale
	PLAUCHU Marcel	Médecine générale
	TRAEGER Jules	Médecine générale
	MARION Pierre	Chirurgie générale
	MICHAUD Pierre	Chirurgie générale
	JAUBERT de BEAUJEU	Chirurgie générale
	SAUTOT Jean	Chirurgie générale
	GUILLEMIN Georges	Chirurgie générale
	BURTHIAULT René	Obstétrique
	GIGNOUX Marcel	Oto-rhino-laryngologie
	FRANCOIS René	Pédiatrie
	FREIDEL Charles	Stomatologie
	DEVIC Michel	Médecine générale
	DESPIERRES Charles	Médecine générale
	De MOURGUES Georges	Chirurgie générale
	FRANCILLON Jacques	Chirurgie générale
	SAUBIER Eugène	Chirurgie générale
	COLOMB Daniel	Dermatologie
	COLIN Marcel	Médecine légale
	TOLOT François	Médecine du travail
	GUYOTAT Jean	Neuro-psychiatrie
	SCHOTT Bernard	Neuro-psychiatrie
	DUMONT Martial	Obstétrique
	BONAMOUR Georges	Ophtalmologie
	DURAND Louis	Urologie
	GARDE Alexandre	Médecine générale
	PERRIN André	Médecine générale
	LARBRE François	Médecine générale
	MORNEX René	Médecine générale
	NORMAND Jean	Médecine générale
	MARET Gilbert	Chirurgie générale
	DESCOTTES Jacques	Chirurgie générale

JOUVET Michel	Pathologie expérimentale
RAYNE-GILLY Jean	Hématologie

Pharmacie

MM. CHOUX Lucien	Botanique et cryptogamie
MAILHOT René	Chimie analytique
CHAS Jean	Chimie biologique
PEYRIN Jean-Olivier	Physique

Agrégés en exercice

MM. MARTHIEU Jacques	Obstétrique
HARDOY Joseph	Orthopédie
GUINET Paul	Médecine générale
PONT Maurice	Médecine générale
VIDON Georges	Médecine générale
REVOL Louis	Médecine générale
PLAUCHU Marcel	Médecine générale
TRAUNER Jules	Médecine générale
MARION Pierre	Chirurgie générale
PICHAUD Pierre	Chirurgie générale
JAUSENT de BEAULIEU	Chirurgie générale
BAUTOT Jean	Chirurgie générale
GUILLEMIN Georges	Chirurgie générale
BOUTHIAULT René	Obstétrique
GIROUX Marcel	Oto-rhino-laryngologie
FRANCOIS René	Pédiatrie
TREILLE Charles	Stomatologie
DEVIC Michel	Médecine générale
DESPIERRES Charles	Médecine générale
De MOURGUES Georges	Chirurgie générale
FRANCILLON Jacques	Chirurgie générale
SAUTIER Eugène	Chirurgie générale
COLOMB Daniel	Dermatologie
COLOM Marcel	Médecine légale
TOLOT François	Médecine du travail
GUYOTAT Jean	Neuro-psychiatrie
SCHOTT Bernard	Neuro-psychiatrie
DUMONT Martial	Obstétrique
BONAMOUR Georges	Ophtalmologie
DURAND Louis	Urologie
GAUDE Alexandre	Médecine générale
FRANIC André	Médecine générale
LARRUE François	Médecine générale
MOTHES René	Médecine générale
NORMAND Jean	Médecine générale
MARET Gilbert	Chirurgie générale
LESCOTTES Jacques	Chirurgie générale

MM.	CHASSARD Jean-Louis	Electro-radiologie
	ALLEGRE Georges	Neuro-chirurgie
	HUGONNIER René	Ophtalmologie
	FAYSSE Robert	Orthopédie
	GAILLARD Jean	Oto-thino-laryngologie
	KALB Jean-Claude	Pneumo-phtisiologie

Examinateurs de la Thèse :

MM. Professeur DECHAUME

Professeur Agrégé COLIN

Professeur Agrégé GUYOTAT

Professeur Agrégé JOUVET.

A MA MERE

A MON PERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME

Nous le remercions pour les conseils qu'il nous a prodigués et pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR COLIN

En souvenir des rencontres cliniques authentiques de la Salle Charcot.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOTAT

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude pour l'intérêt qu'il a manifesté à ce travail.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOUVET

Nous le remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALVET

Qui a inspiré cette thèse, qui l'a guidée en une attention toujours disponible, tolérante et créatrice, nous disons merci.

Nous sommes heureux de lui témoigner ici en évoquant plusieurs mois passés dans son service notre respect et notre admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUJARD

Que nous remercions de nous avoir enseigné le respect de l'enfance la plus désarmée qui soit.

A MONSIEUR LE DOCTEUR REQUET

En reconnaissance de l'entretien fécond qu'il nous a accordé à propos de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ACHAINTRE

Nous nous souvenons de ses encouragements et de sa compréhension à une période difficile de préparation de concours. Nous le prions d'accepter nos remerciements.

A MESSIEURS LES MEDECINS DE L'HOPITAL DU VINATIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTHIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BROUSSOLLE

MONSIEUR LE DOCTEUR BECACHE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROULLET

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCKSON

MONSIEUR LE DOCTEUR BURGAT

MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOR

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGERET.

A NOS MAITRES DE L'EXTERNAT.

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT.

Aux assistantes sociales, aux infirmiers et infirmières, aux secrétaires de l'hôpital du Vinatier.

A Mademoiselle ROJKOFF, secrétaire du Docteur BALVET.

A Mademoiselle CARTIER, infirmière cheftaine du Service Libre du Docteur BALVET.

"Lorsque vous revenez de voyage d'Angleterre par exemple, la fatigue, l'étonnement et la joie provoquées par cette nouvelle acceptation d'images vous font pénétrer dans le seuil de la folie.

Les bonnes vieilles se recueillent, écrivent au gouvernement et un jour vous recevez les agents. Ils signent une feuille et vous êtes embarqués, puis c'est le Vinatier, c'est le pénitencier. On vous ouvre la demeure, mais vous dans la brume de la peur vous ne voyez aucun paysage et vous allez la prendre, la recevoir sans jamais la connaître plus.

Alors lorsque vous reprendrez haleine vous vous tracasserez vous demandant : "Ai-je commis un vol ? Ai-je recopié l'histoire d'un écrivain en la signant d'un autre nom ? Ai-je pris l'image ravissante d'une femme pour me faire bien juger alors que je la portais faussement moi-même ? Ai-je pris la forme d'un homme pour séduire une femme qui lui plaisait en m' ôtant la raison d'être délaissée ? Me suis-je infiltrée dans un mariage sans partenaire ? Ai-je détourné des enfants de leurs parents ?

Vous allez ainsi bouleversant cette science de la vie que vous avez acquise pour la perdre dans l'ennui et dans le tremblement. Et là le traitement vous fera suffire à vous même car vous vous recréerez en frôlant l'attention, l'appel et la respiration de la liberté qui vous fera omettre l'infernale outrecuidance."

Mademoiselle D..
Avril 1958.

INTRODUCTION

L'oppression est un certain mode de relation à autrui ; elle est une altération de la vision d'autrui, de l'appréhension d'autrui : elle est une tentative de négation de l'être d'autrui, une tentative mais bien plutôt une inaptitude, une impuissance à reconnaitre à accepter autrui comme sujet.

L'autre n'est reconnu, accepté qu'en tant qu'objet. Objet que je peux manipuler, que je peux utiliser, instrument et témoin de mon existence qu'il ne peut contester.

"Dans le miroir", l'oppresseur ne veut reconnaitre que lui même ; si l'image d'autrui apparait, elle ne lui apporte que menace et contestation, que le doute et l'angoisse. Objectiver cette image, la traiter comme un objet bon ou mauvais à posséder ou à rejeter est une conjuration de cette angoisse.

S'il arrive parfois que "l'opprimé" satisfasse cette vision d'autrui de l'oppresseur, s'il arrive parfois qu'autrui s'offre lui même comme objet à l'oppresseur, ce n'est là que mirage et ambiguïté.

Autrui ne se laisse jamais totalement objectivé, il échappe à la contrainte, à la violence, à la puissance. Le danger pressenti et redouté par l'oppresseur est toujours latent : celui de se retrouver lui même objet de celui qu'il a nié, et qui ne nait pas tellement de l'existence d'autrui, que du doute que l'oppresseur a de sa propre existence, de sa condition de sujet.

Mais l'oppression n'est pas seulement l'ensemble des rapports de lutte et de force d'une relation interhumaine. Elle est une situation impliquant toutes les données de l'environnement, du "monde", ce qu'en terme phénoménologique on nomme "l'être au monde" puisqu'on ne peut dissocier ces facteurs externes des êtres qui les affrontent.

En psychiatrie la situation d'oppression constitue la rencontre primitive du médecin et du malade.

Car le malade mental est en rapport de force non seulement avec son entourage, avec la Société devenus intolérants à sa maladie et qui le rejettent mais il est encore opprimé par lui même, par les luttes et les conflits internes qu'implique sa maladie.

Et cela apparait surtout de façon très claire à l'hôpital psychiatrique ou la rencontre médecin malade avant même que le premier dialogue soit engagé, a lieu dans des conditions telles qu'elle est déjà un rapport de force; à l'hôpital psychiatrique où ce que l'on perçoit d'abord c'est le poids des structures sur le malade, et non la folie elle-même que l'on déduit plutôt de l'aspect carcéral des murs qui la contiennent. Mais on s'accoutume peu à peu à la tristesse propre aux lieux d'exclusion, et le temps désormais est passé de dénoncer les hauts murs, les cellules et les gardiens de l'asile.

Au long des jours il reste le temps de rencontrer les malades ; l'oppression est en eux, elle nous agresse et nous nous défendons de cette angoisse.

La situation d'oppression constitue la rencontre primitive du médecin et du malade, car le médecin est impliqué dans cette situation, il participe de cette situation.

Comme l'a fait l'ancien asile le médecin peut répondre à un être déjà opprimé par une oppression plus grande encore.

Mais puisque nous avons voulu faire un travail clinique son intention ne peut être que thérapeutique et son sens, la lutte contre l'oppression.

Dans ce travail, nous étudierons les situations d'oppression en psychiatrie en deux termes.

Le premier terme, en une première partie recherchera l'oppression qui peut peser sur le malade mental, venant des structures dans lesquelles il vit, hôpital, société, entourage, et cela non pas parce que nous pensons qu'elles sont primitives dans la situation d'oppression ; mais parce que ce sont ces structures que l'on perçoit tout d'abord à l'hôpital psychiatrique.

Nous étudierons ces structures dans leur histoire, puis dans leur aspect actuel. Puis, surtout à l'aide de quelques expériences cliniques, nous terminerons cette première partie sur l'oppression venant de l'entourage familial du malade.

Mais déjà dans ce dernier chapitre on voit apparaitre le double mouvement qu'implique les situations d'oppression lorsqu'elles engagent le mode de relation à autrui. Le malade mental a des rapports de force avec autrui, ce qui signifie qu'il est opprimé mais que lui même peut opprimer autrui.

Ce sont surtout ces rapports de force que nous avons tenté de décrire en un deuxième terme de la situation d'oppression dans une deuxième partie.

Rapports de force, qui en ce qui concerne le malade, nous ont semblé exprimer l'oppression interne qu'implique la maladie ; la lutte du malade avec ses propres conflits se manifestant dans ses relations à autrui ; et en particulier dans ses relations avec le médecin, que nous avons prises pour exemple.

Mais dans un précédent chapitre nous avons auparavant éprouvé l'oppression dans le vécu même du délire.

Dans un dernier chapitre nous chercherons ce que peut être la lutte contre l'oppression.

PREMIERE PARTIE :

LES DONNEES STRUCTURALES DE LA SITUATION D'OPPRESSION.

CHAPITRE 1 : SIGNIFICATION HISTORIQUE.

Les données structurales de la situation d'oppression en psychiatrie ont une histoire qui est surtout l'histoire de l'internement.

Pour Michel FOUCAULT (1), et c'est de son livre que nous avons retirées toutes les données de ce chapitre, l'histoire de l'internement a réellement débuté à l'âge classique, époque du "grand renfermement".

Dans les hôpitaux, tel que l'Hôtel-Dieu à Paris, on réservait des couchettes pour les fous, parmi les autres malades. Il existait aussi, tel le Châtelet de Melun, des lieux de détention, réservés aux insensés, mais ils étaient très peu nombreux.

Les fous erraient, familiers dans le paysage social.

Apparemment, le personnage de l'Exclus, du Rejeté si nécessaire au rite et à la magie des Sociétés, n'était pas le Fou, au Moyen-Age. Ce rôle était tenu par les lépreux, enfermés dans le cercle sacré des maladreries. Depuis le début du Moyen-Age, jusqu'à la fin des croisades, il y eut dans toute l'Europe, une multiplication des léproseries ; au milieu du XIIIème siècle il y en avait quarante trois dans le seul diocèse de Paris, les deux plus grandes étant Saint Germain et Saint Lazare.

Au Moyen-Age, les fous erraient, et de temps en temps les villes les chassaient de leurs murs et les laissaient courir dans les campagnes, et parfois, surtout en Allemagne, on les confiait à des bateliers chargés de les conduire loin de la ville ; mais souvent les mariniers s'en débarrassaient vite, et FOUCAULT cite ce forgeron de la ville de Francfort qui se promenait nu dans la ville, "deux fois parti, deux fois revenu". (2)

Les fous avaient aussi leurs lieux de pélerinage, Saint Mathurin de Larchant à Besançon, Saint Hildevert de Gournay à Gheel, et "la nef des fous" était peut-être parfois, un de ces bateaux de pélerinage, "des navires hautement symboliques d'insensés en quête de leur raison" (3)

(1) "Histoire de la folie à l'âge classique" "Folie et Déraison", Michel FOUCAULT.

(2) page 11

(3) page 12

Et pour FOUCAULT, cet embarquement des fous au Moyen-Age avait une signification d'exil, pratique, car on les empêchait ainsi de rôder sous les murs de la ville, magique, car on les confiait à l'eau, c'est-à-dire à l'incertitude, au Destin ; les eaux purificatrices les emporteront vers un autre monde, d'où ils ne pourront revenir.

Ces nefs de fous voguant au long du Moyen-Age, vont hanter l'imagination de la Renaissance à travers la peinture et la littérature.

A la Renaissance le fou n'a pas encore pris la place du lépreux dans la Société. Si, faute de lépreux, les léproseries se vident à la fin du XVème siècle, ce sont pendant quelque temps, les vénériens qui viendront y rejoindre les exclus ; d'ailleurs les lépreux protestent contre ce voisinage, et avec l'apparition des traitements, notemment du mercure, les vénériens seront envoyés à l'hôpital, avec les autres malades.

Si le thème de la mort, de sa nécessité, a dominé tout le Moyen-Age, à la Renaissance, c'est la folie qui est reconnue partout ; le néant ne commence pas à la mort, il est déjà au coeur de chaque existence, sous le visage de la folie. Mais, déjà à cette époque, vont diverger deux expériences de la folie.

L'une, chez les peintres, Jérome BOSCH, BRUEGHEL, Thierry BOUTS, DURER, cosmique, tragique, annonce la Folie surgie de toutes parts, éclatant dans son animalité ".. c'est elle qui dévoile la sombre rage, la folie infertile qui est au coeur des hommes" (1). Le Fou sait, il prédit le règne de Satan et la Fin du monde.

L'autre expérience, dans les textes des humanistes, tel d'Erasme, "L'éloge de la folie", est une conscience critique de la folie ; la folie devient relative à la raison, elle en est l'envers et aussi le complément, lui étant intimement liée. Une conscience critique de la folie, qui concerne un univers moral dans lequel seront jugés défauts et qualités. "D'un côté, il y aura une Nef des Fous chargée de visages forcenés qui peu à peu s'enfoncent dans la nuit du monde, parmi des paysages qui parlent de l'étrange alchimie des savoirs, des sourdes menaces de la bestialité et de la fin des temps. De l'autre côté, il y aura une Nef des Fous qui forme pour les sages, l'Odyssée

(1) page 25

exemplaire et didactique des défauts humains." (1)

C'est ainsi que pour FOUCAULT, à la Renaissance se serait effacée pour les siècles futurs, l'expérience tragique et cosmique de la folie ; effacée, mais animant d'une vie sourde, profonde, toutes les formes, philosophique ou scientifique, morale ou médicale, de la conscience critique de la folie.

En 1656, sortait le décret de fondation de l'Hôpital Général, à Paris : tout un groupe d'établissements et de bâtiments de la ville étaient réunis sous une même administration et devaient recevoir les pauvres de Paris, "de tous sexes, de tous âges, de quelque qualité et naissance et en quelqu'état qu'ils puissent être, valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables" (2).

Cette mesure, qui s'étend à toute la France, correspond à un même mouvement dans toute l'Europe : "le grand renfermement".

C'est la solution que le XVIIème siècle a trouvée pour résoudre une crise économique qui affecte le monde occidental. Depuis le début du siècle, la masse des pauvres, des chômeurs, des mendiants croît sans cesse et l'internement est institué partout, en Angleterre, en Allemagne, en France, pour réduire "la mendicité et l'oisiveté sources de tous désordres". (3)

Et dans cette chasse économique et morale à l'oisiveté, les fous seront englobés. Comme les autres internés de l'Hôpital Général ils seront astreints au travail obligatoire, destiné à combattre les vices et le déséquilibre économique du pays. Mais, comme les mauvais pauvres, les fous constituent une main-d'oeuvre rétive, et le plus souvent, il existera un statut spécial pour eux.

Bientôt tout au long de l'âge classique, avec pauvres et insensés, toute une population (1 % de celle de Paris, pour l'Hôpital Général de cette ville), hétéroclite, va venir se mêler dans les différentes maisons de l'Hôpital Général.

Qui sont ceux qui, cernés par un même geste de ségrégation sont venus remplacer les lépreux à l'âge classique ?

(1) page 33
(2) page 59. Edit de 1656, cité par FOUCAULT.
(3) page 77, même référence.

FOUCAULT tire de "Histoire de Bicêtre", par BRU, une classification en cinq "emplois", que l'on essaya d'établir des internés de Bicêtre en 1737 (1) :

- dans le premier, la maison de force, les cachots, les cabanons et les cellules, pour ceux qu'on enferme sur lettre de cachet.
- dans les deuxième et troisième, les "bons pauvres , les grands et petits paralytiques".
- dans le quatrième, les fous.
- dans le cinquième, les vénériens, les convalescents, les enfants de la correction.

Il cite aussi les catégories qui reviennent au long des registres d'internement : "débauché", "imbécile", "prodigue", "infirme", "esprit dérangé", "libertin", "fils ingrat", "père dissipateur", "prostituée", "insensé". (2)

De façon générale, on interna à l'Hôpital Général depuis la seconde moitié du XVIIème siècle jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, en dehors des insensés :

- les vénériens, (que l'on avait chassés de l'Hôtel-Dieu à Paris en interdisant aux médecins de les recueillir et de les soigner) ils seront traités en Hôpital Général, mais après avoir été châtiés "Tous ceux qui se trouvent attaqués du mal vénérien n'y seront reçus qu'à la charge d'être sujets à la correction avant toute chose, et fouettés, ce qui sera certifié par billet d'envoi" (3). Les Petites Maisons à Paris étaient presque exclusivement réservées aux vénériens et aux "pauvres fols insensés",
- les homosexuels,
- les prostituées, les débauchés, "Le lieutenant de police a le droit de faire arrêter sans procédure, toute personne qui se livre à la débauche publique" (4),
- les profanateurs, les blasphémateurs,

(1) page 101
(2) page 101
(3) page 103 "Histoire de l'Hôpital Général", cité par FOUCAULT.
(4) page 110

- les suicidants,
- les gens qui se mêlent de magie, de divination, d'alchimie.
- les libertins du coeur et de l'esprit.

Mais quel est donc le lien, quelle est l'unité de cette population que l'âge classique proscrivait ainsi dans un même geste d'internement ?

Quel refus, quelle menace y voyait il pour essayer de la délimiter ainsi en un espace précis, reconnaissable d'emblée, où on pourrait l'atteindre, la corriger, la réduire ?

Pour FOUCAULT, cette unité est la déraison - la déraison, jusqu'alors présente partout, en chacun, intimément liée à la raison, n'est plus admise dans l'expérience de l'être social ; on la chasse, on l'isole, on l'arrache à la raison, on l'objective en une catégorie "d'asociaux" en qui elle se personnifie - on la met à distance "à une distance qui n'est pas seulement symbolisée, mais réellement assurée à la surface de l'espace social, par la clôture des maisons d'internement" (1).

Et de cet amalgame créé dans le lieu concret de l'internement, naîtra une nouvelle perception, une nouvelle expérience de la folie, celle d'où la psychiatrie moderne a tiré ses racines. "Annexant au domaine de la déraison à côté de la folie, les prohibitions sexuelles, les interdits religieux, les libertés de la pensée et du coeur, le classicisme formait une expérience morale de la déraison qui sert au fond de sol à notre connaissance "scientifique" de la maladie mentale". (2)

Dans cette perception morale de la déraison et de la folie, la Société de l'âge classique, qui condamne au châtiment de l'internement les êtres qui ont "choisi" le mal, n'attribue aucun rôle au médecin.

La justice, la police, la famille font interner par arrêts ou lettres de cachet, accompagnés accessoirement et rarement d'un certificat médical. Le médecin n'est requis à l'intérieur des maisons d'internement que pour soigner ceux qui y sont tombés malades.

Il existe aussi, pourtant, au XVIIème siècle, une perception médi-

(1) page 129
(2) page 132

cale de la folie, ancienne, témoignée par les quelques hôpitaux de soins pour insensés existant en Europe et fondés depuis le XVème siècle, et par les couchettes, réservées aux insensés "curables", dans les hôpitaux de malades, où on leur appliquait les remèdes du temps.

Il existe enfin alors, un domaine où le médecin est formellement reconnu le seul capable de diagnostiquer, d'affirmer la folie, d'en déterminer le degré, la forme, le retentissement sur la capacité du sujet : c'est dans le domaine du Droit. ZACCHIAS, entre 1624 et 1650 écrit les "Questions médico-légales", et là où dans le domaine de l'internement, on distinguait à peine démence et imbécillité, il décrit suivant leur capacité juridique trois degrés dans l'imbécillité "et en un sens il est juste de dire que c'est sur le fond d'une expérience juridique de l'aliénation que s'est constituée la science médicale des maladies mentales". (1)

Mais si le fou n'est pas perçu comme malade, il n'appartient pas non plus au monde correctionnaire de la déraison avec qui on l'avait placé, derrière les murs de l'internement.

Pour sa violence, pour son extravagance, pour sa fureur, il est traité comme une bête : "les folles atteintes d'accès de fureur sont enchainées comme des chiens à la porte de leur loge et séparées des gardiennes et des visiteurs par un long couloir défendu par une grille de fer ; on leur passe à travers cette grille leur nourriture et leur paille sur laquelle elles couchent; au moyen de râteaux on retire une partie des malpropretés qui les entourent" (2). Le fou est traité comme une bête parce qu'il est l'homme retombé à l'animalité ; il est la déraison à son paroxysme, il est un exemple et comme tel, il est montré : "Tout le monde était admis autrefois à visiter Bicêtre et dans les beaux temps on voyait au moins deux mille personnes par jour. Avec l'argent à la main vous étiez conduit par un guide dans la division des insensés"(3).

A la fin du XVIIIème siècle la folie ne pourra plus être l'animalité resurgie en l'homme. Car l'animal a une vie très proche de la nature, et la

(1) page 159
(2) page 183 COGUEL décrivant la Salpêtrière, cité par FOUCAULT.
(3) page 180 Mémoires du Père Richard, cité par FOUCAULT.

nature est saine, la nature est bonne.

A cette époque apparaît la notion de ce que plus tard on appellera "le milieu", le milieu c'est tout ce qui a éloigné, tout ce qui a séparé l'homme de la nature ; c'est tout ce qu'il a acquis pour se dégager d'elle : ce sont la civilisation et le progrès.

Pour le XVIIIème siècle la civilisation engendre la folie et la folie ne pourra ainsi que croître avec le temps : "les enfants se ressentent des maux des pères ; nos aïeux ont commencé à s'écarter un peu du genre de vie le plus salutaire, nos grands parents sont nés un peu plus faibles ..." (1).

Menace cosmique au Moyen-Age, surgissement de l'animalité à l'âge classique, la folie perçue jusqu'alors intemporelle, commence à la fin du XVIIIème siècle à prendre une signification historique puisqu'elle est liée au destin même de l'homme et à son mode d'existence dans le monde.

Et en cette fin de XVIIIème siècle, dans le monde de l'internement, pauvreté et déraison abandonnent la folie à cette exclusion où le Grand renfermement les avaient mêlées.

La pauvreté se détache de la folie lorsque, après plusieurs crises économiques, l'internement ne peut plus résoudre les fluctuations de la masse des pauvres et des chômeurs, et que ceux-ci par leur dénûment même et leur disponibilité, deviennent la condition d'existence des nouvelles structures économiques ; ils ne peuvent plus désormais être mis hors circuit.

La déraison en France fut définitivement et légalement extraite des maisons d'internement par la Révolution. Depuis longtemps déjà, l'indignation publique se joignant aux protestations des internés provoquait des mesures de libération. Mais enfin ce sont l'Assemblée Générale et la Constituante qui décrètent en Mars 1790 : "Dans l'espace de six semaines à partir du présent décret, toutes personnes détenues dans les châteaux, maisons religieuses, maisons de force, maisons de police ou autres prisons quelconques, par lettre de cachet ou par ordre du pouvoir exécutif, à moins qu'elles ne soient également condamnées, décrétées de prise de corps ou qu'il n'y ait contre elles plainte en justice à l'occasion d'un crime important, peine affictive ou renfermées pour cause de folie, seront mises en liberté." (2)

(1) page 454 "Causes physiques et morales des maladies de nerfs" TISSOT, cité par FOUCAULT.
(2) page 509.

Pour les fous cependant, les décrets prévoyaient l'envoi dans des hôpitaux de soin pour aliénés ; mais ces hôpitaux n'existaient pas. La folie reste donc seule entre les murs de l'internement.

Dans cet espace de l'internement où la folie maintenant, seule habite, la médecine va s'installer. CABANIS prescrit le certificat médical d'admission, et au cours de l'internement, l'observation de l'aliéné par les "gens de service" et les "officiers de santé".

Pour FOUCAULT, si les médecins s'installent à ce moment là dans l'espace de l'internement, c'est que celui-ci a acquis une valeur thérapeutique. ".. l'internement lui-même a pris peu à peu valeur thérapeuthique et ceci par le réajustement de tous les gestes sociaux ou politiques, de tous les rites imaginaires ou moraux qui depuis plus d'un siècle avaient conjuré la folie et la déraison". (1)

Comment l'asile a-t-il surgi de la maison d'internement ? Sur quelle terre est apparue la psychiatrie classique ?

FOUCAULT illustre la naissance de l'asile par deux expériences, celle de TUKE, en Angleterre, celle de PINEL, en France, contemporaines en ce début du XIXème siècle.

TUKE, membre de la Société des Quakers, organise près de la ville d'York, pour les aliénés (membres de la Société des Quakers), un établissement, dont il pensait que les structures mêmes, en faisaient un traitement de la folie.

"La Retraite" était située à la campagne, à l'air pur, dans une atmosphère où l'aliéné pourrait le plus possible être rapproché de la nature. Les fenêtres sans grilles, s'ouvrent sur les jardins, sur les terres où les aliénés sont astreints à travailler ; le travail n'étant imposé qu'en tant que règle morale, et non pour sa valeur productive.

Aliénés et gardiens forment une vaste communauté, une grande famille, où les parents-gardiens réenseignent aux aliénés-enfants les principes et les devoirs moraux.

On organise des soirées en tous points semblables à celles qui se

(1) page 528.

déroulent à l'extérieur "(les invités)...revêtent leurs meilleurs costumes et rivalisent les uns avec les autres en politesse et en bienséance. On leur offre le meilleur menu et on les traite avec autant d'attention que s'ils étaient des étrangers. La soirée se passe généralement dans la meilleure harmonie et le plus grand contentement. Il arrive rarement qu'un évènement désagréable se produise. Les malades contrôlent à un degré extraordinaire leurs différents penchants ; cette scène suscite à la fois l'étonnement et une satisfaction bien touchante". (1)

Dans ce système de non-répression bâti par TUKE, le fou est invité à se conduire comme un être normal (raisonnable et moral) par les gardiens qui l'observent et le surveillent. Tout autre langage, toute manifestation "désagréable", sont repoussés, ne sont pas admis ; on leur réapprendra le langage de la raison et de la morale. "Il faut leur appliquer un nouveau système d'éducation, donner un nouveau cours à leurs idées". (2)

A la même époque PINEL délivre les aliénés de leurs chaînes et organise l'asile "Si d'un côté on voit des familles prospérer de longues suites d'années au sein de l'ordre et de la concorde, combien d'autres, surtout dans les classes inférieures de la Société, affligent le regard, par le tableau repoussant de la débauche, des dissenssions, et d'une détresse honteuse ! C'est là, suivant mes notes de chaque jour, la source la plus féconde de l'aliénation qu'on a à traiter dans nos hospices". (3)

A l'intérieur de l'enceinte donc, on opposera l'ordre au désordre, la raison à la folie, et cela - par le travail. "C'est le résultat le plus constant, le plus unanime de l'expérience que dans tous les asiles publics, comme les prisons et les hospices, le plus sûr et peut-être l'unique garant de la santé, des bonnes moeurs et de l'ordre, est la loi d'un travail mécanique rigoureusement exécuté". (4)

- par des exhortations, des promesses, qui inciteront au repentir et à la reconnaissance de la faute,

- par la douche "on profite de la circons-

(1) page 584 S.TUKE "Description of the Retr[illegible]", cité par FOUCAULT.
(2) page 584 S.TUKE, cité par FOUCAULT
(3) page 594 "Traité médico philosophique", PINEL, cité par FOUCAULT.
(4) page 593 même référence.

tance du bain, on rappelle la faute commise ou l'omission d'un devoir important, et à l'aide d'un robinet on lâche brusquement un courant d'eau froide sur la tête, ce qui déconcerte souvent l'aliéné, ou écarte une idée prédominante par une impression forte et inattendue ; veut-il s'obstiner ? On réitère la douche mais en évitant avec soin le ton de dureté et les termes choquants propres à révolter ; on lui fait entendre au contraire que c'est pour son propre avantage et avec regret qu'on a recours à des mesures violentes ; on y mêle quelquefois la plaisanterie en prenant soin de ne pas la porter trop loin". (1)

Les médecins et les gardiens à l'intérieur de cet univers, sont donc les représentants de la raison et de la morale, chefs de cette vaste famille.

Une situation médecin-malade à l'intérieur de l'asile est née ; le personnage patriarcal du médecin influera désormais sur ses relations avec le malade qui verra en lui un père tout puissant.

Le médecin lui-même oubliera l'origine de cette puissance devant la suggestibilité et la passivité des malades "Si on voulait analyser les structures profondes de l'objectivité dans la connaissance et dans la pratique psychiatrique au XIXème siècle de PINEL à FREUD, il faudrait justement montrer que cette objectivité est dès l'origine une chosification d'ordre magique, qui n'a pu s'accomplir qu'avec la complicité du malade lui-même et à partir d'une pratique morale, transparente et claire au départ, mais peu à peu oubliée à mesure que le positivisme imposait ses mythes de l'objectivité scientifique ; pratique oubliée dans ses origines et son sens, mais toujours utilisée et toujours présente". (2)

Le champ asilaire désormais est constitué dans lequel la folie est regardée, observée, classée dans ses multiples visages par la raison.

Et classée, et fixée, et objectivée de telle sorte, dans ce lieu privilégié qu'elle est maintenant prisonnière de sa vérité.

Le fou ne peut plus échapper à sa folie ; à l'asile, elle devient vraie, se solidifie, se fixe dans les analyses, les descriptions que la raison lui présentent. La folie à nouveau est mise à distance et enchaînée, et cette

(1) page 601 PINEL, cité par FOUCAULT.
(2) page 610

fois par sa propre vérité : elle est aliénée.

"Aussi libre que soit la folie dans le monde que lui ménage l'homme raisonnable, aussi proche qu'elle soit de son esprit et de son coeur, elle ne sera pour lui qu'un objet. Non plus l'envers imminent de son existence, mais un évènement possible dans l'enchaînement des choses ..."

FOUCAULT a arrêté son histoire de la folie à l'époque de la psychiatrie classique et positiviste, point d'aboutissement de l'enchaînement de la folie par l'Histoire, la Société, les médecins, enfin.

Si FOUCAULT a évoqué dans ce livre de multiples et somptueux visages de la Folie, une dimension en est absente, celle de la souffrance.

Peut-être est-ce sollicité par l'Histoire que le médecin s'est introduit un jour dans les lieux d'internement, mais ce ne pouvait être alors pour jeter un "pur regard" sur la folie. Cette dimension douloureuse oubliée par FOUCAULT est la signification même de l'approche clinique de la Folie.

CHAPITRE I : CERTAINS ASPECTS ACTUELS DES CONDITIONS DE LA PSYCHIATRIE HOSPITALIERE.

Le vieil asile est mort, mais ni les malades, ni le personnel soignant ne l'ont encore oublié. Son fantôme hante "l'hôpital psychiatrique" ou le "centre psychothérapique", imprègne encore toute expérience nouvelle.

Le vieil asile, RACAMIER en trace un tableau rapide et saisissant : "Durant des années, de nombreux malades mentaux ont vécu dans les hôpitaux psychiatriques dans une carence quasi totale et prolongée des rapports affectifs et sociaux".(1) Il évoque cet espace étroit, terne, gris, où rien de gai, de coloré ne venait distraire le regard ; ce temps immobile que ni horloges, ni calendriers ne venaient repérer, cette absence complète de rapports interhumains pour les malades isolés "maniés machinalement". Ce néant gris où les malades s'effaçaient, dépouillés à leur entrée de leur prénom, de leur alliance, de tout objet personnel.

Comme un conte étrange, terrifiant et très vieux, les vieilles infirmières racontent parfois ou l'on rêve, les murs très hauts, les fossés profonds, et les trousseaux d'énormes clés. Dans les greniers sous la poussière, on retrouve parfois les lourds colliers de douche et l'assortiment compliqué, minutieux, ingénieux des camisoles, celles de jour, celles de nuit, de liens et de courroies ; au fond d'un tiroir le caoutchouc des sondes de gavage.

Les vieilles infirmières ou les vieilles malades se souviennent encore des salles d'incontinentes, des salles de grabataires, des salles d'agitées où régnaient l'ordre et la cire - les malades, bras et jambes attachés, le drap devait être impeccablement tiré, afin que nul pli ne tombât sous le regard sévère et attentif de l'infirmière-chef.

"En fait l'ingéniosité de chacun s'est surtout dépensée dans la recherche de dispositifs plus ou moins savamment étudiés, POUR l'agitation,

(1) Sociopathologie des schizophrènes hospitalisés. RACAMIER. Evolution Psychiatrique 1957, 1er trimestre.

POUR le gâtisme, POUR l'évasion, POUR le suicide, en somme POUR l'aliénation considérée comme le fait donné en fonction duquel tout découle, et non comme le fait à combattre, CONTRE QUOI, tout doit être conçu". (1)

L'architecture se modifie, les moyens de contrainte disparaissent, mais

- si les gros verrous et les innombrables clés n'existent plus, un seul bouton électrique permet de commander la fermeture des grilles ou des portes.
- s'il n'y a plus de sombres cachots, la lumière entre parfois à flots dans des cellules aux quatre murs de verre, dont les plinthes étroites permettent au malade, à condition qu'il soit très maigre, d'échapper quelques secondes à l'attention du personnel.
- la lumière entre à flots, éclairant parfois le luxe qui s'étale impitoyablement à la misère du fou.
- s'il n'y a plus de guichets dans chaque salle pour guetter à toute heure du jour et de la nuit les gestes et mouvements des fous, il y a parfois des glaces sans tain où l'on peut "voir sans être vu".
- s'il existe encore des salles d'incontinentes, on y a installé des appareils à ozone qui chassent l'air nauséabond.

La technique moderne est entrée à l'hôpital psychiatrique, mais elle y est parfois aussi oppressive que la vieille architecture.

Mais enfin les données architecturales ne sont plus l'expression majeure de l'oppression que peut exercer l'hôpital psychiatrique sur le malade.

Son aspect majeure est peut-être encore le plus souvent son aspect d'univers concentrationnaire "La société concentrationnaire est le type achevé d'une société oligarchique fortement hiérarchisée" (2).

(1) Communication de L. BONNAFE et J. CALVET à Pau en Juillet 1953 : "Sur l'architecture et l'amélioration des services destinés au traitement des malades mentaux, vu dans la perspective thérapeutique" au Lème Congrès des Médecins Aliénistes et Neuropsychiatres de langue française. Cité par BONNAFE. La Raison n° 17 p. 27

(2) DAVID ROUSSET "Les jours de notre mort".

Ces populations énormes, artificiellement réunies, sont soumises à des structures rigides, soutenues par une hiérarchie complexe de rapports entre le personnel administratif, le personnel soignant, et les malades.

Univers concentrationnaire, par ce besoin forcené d'ordre dans le monde du désordre et de l'insolite, ce besoin de classement, de rangement, de minutie, auquel parfois le paranoïaque le plus organisé ne trouverait rien à redire.

Cet univers où le moindre incident se gonfle en de majestueuses et grotesques proportions, où se multiplient, s'exaspèrent conflits, rivalités, demandes avides et réponses frustrantes, dans ce monde fermé et dépendant où chacun reçoit sans possibilité de donner ; où l'on parle un langage archaïque, celui du mot d'ordre qui parcourt tant bien que mal les chemins compliqués de la hiérarchie.

Le témoin de cette société concentrationnaire, cet être qui en est issu, anxieux, double, à la fois victime et complice, participant à la fois des oppresseurs et des opprimés, le "kapo", c'est le "bon malade". Malades qui n'ont jamais ressenti l'hôpital et les soins que comme imposés. Qui se sont ADAPTES à ce qu'ils ont toujours subi comme un instrument de contrainte et d'oppression, et qu'ils ne peuvent quitter, même si les conditions leur en sont offertes ; ils ne voient dans le personnel soignant que des maitres craints ou (et) aimés. On leur confie certaines responsabilités et on les voit souvent alors, régner despotiquement sur les autres malades.

Personnage , né d'une société artificielle , endossé par un être qui a accepté cette société , à qui il est devenu alors indispensable.

Mais comment le malade mental n'appréhenderait il pas l'hôpital psychiatrique comme contrainte, alors que la démarche initiale qui l'y amène est le plus souvent contrainte ?

Comment la rencontre primitive du médecin et du malade dans cet hôpital pourrait-elle ne pas être déjà une situation d'oppression lorsque leur premier "dialogue" se déroule souvent, alors que le malade est ficelé sur un brancard et encadré de cinq ou six policiers ; ou bien il arrive entouré des membres les plus solides de sa famille, arborant un air mystérieusement rassurant ; les motifs invoqués pour l'amener sont divers, allant de la partie de chasse à la "petite consultation", sans que le médecin ou le service d'hô-

pital général qui l'envoie, l'ait prévenu que ce serait à l'hôpital psychiatrique.

Dans la plupart des cas, l'interné se trouve ainsi impliqué dans tout un réseau de forces, objet du déploiement de tout un appareil administratif et policier, après lequel seulement apparaît la situation médicale.

Et cette situation de force n'est pas due à la maladie mentale, ce n'est pas parce qu'un homme est fou, ce n'est pas parce qu'il n'est pas conscient de sa maladie que cette situation s'est créée. Ce sont les modes d'internement qui ne sont ni médicaux, ni thérapeuthiques, mais essentiellement répressifs et perçus comme tels par tous.

Le maire, le commissaire, le médecin de famille, la famille, devant la procédure de l'internement ne peuvent avoir l'appréhension médicale de leur geste. Consciemment ou inconsciemment interner pour eux, c'est d'abord rejeter, enfermer, et non pas faire soigner.(1)

Tant que ces conditions ne seront pas modifiées, la relation thérapeuthique à l'intérieur de l'hôpital restera toujours marquée de ce "péché originel", le médecin restera profondément un prolongement de cette situation de force, et cela dans l'esprit du public, du personnel soignant, y compris le médecin lui-même, des malades enfin, même ceux qui sont venus plus ou moins volontairement.

Il y a ainsi de temps en temps, dans les journaux le récit d'un "Fort Chabrol". Dans sa ferme (isolée), le Fou, en possession de un ou plusieurs fusils, tient tête à un village entier. La famille qui tremblait depuis plusieurs jours, ou plusieurs mois, a fui alerter les gendarmes ; la police de la ville voisine doit venir à la rescousse, le siège s'organise, parfois un gendarme est blessé par le Fou, ou c'est le contraire, et enfin on réussit à emmener victorieusement le Fou à l'hôpital psychiatrique où on le confie au médecin.

Ces conditions de force ne naissent pas de la maladie mentale, car ces mêmes malades, sont soignés en Service Libre, reviennent régulièrement et

(1) Un épisode récent est venu confirmer la confusion qui existe dans l'esprit du public, sur le rôle des hôpitaux psychiatriques : les participantes d'une manifestation politique furent emmenées pour y être retenues temporairement, dans l'enceinte d'un hôpital psychiatrique.

spontanément en consultation, dans d'autres circonstances acceptent du médecin l'entrée en hôpital psychiatrique, et cela sans avoir, même implicitement, "reconnu et avoué" leur folie.

Madame B.

Madame B. est arrivée, ficelée sur un brancard, internée sur l'instigation du maire de la commune.

Cela ne pouvait plus durer.

Propriètaire d'une maison dans le village, elle rendait la vie impossible à ses locataires, les tracassant de mille et une façons ; elles devenait un scandale pour le pays.

L'entrée dans le service se déroule dans le drame, les cris, elle n'a rien fait de mal, elle n'est pas malade, elle ne veut pas rester ici. Dans un entretien immédiat, le Docteur BALVET lui propose de la faire passer dans son Service Libre. Elle accepte.

Elle est rigide, sévère et tellement méfiante derrière ses lunettes ! Elle nous implique d'abord dans les multiples conspirations dont elle est l'objet : ses voisins, ses propres locataires lui envoient constamment de mauvaises odeurs, à tel point qu'elle est obligée souvent, de sortir de son appartement. Ils la menacent de mort par les trous qu'ils font dans le plafond. Tout le pays veut se débarrasser d'elle, ce sont des communistes.

Elle sort en permission une fois par semaine, ce qui motive une visite indignée du maire au Docteur BALVET.

Puis elle rentre chez elle ; les anciens locataires sont partis, les nouveaux la persécutent et sont persécutés.

Elle vient régulièrement aux consultations, abordant peu à peu avec le Docteur BALVET le "conflit". Elle accueille avec plaisir l'assistante sociale du service qui va lui rendre visite.

L'entretien immédiat avec le médecin, le passage rapide au Service Libre ont ici résolu la situation de force, ce qui a retenti ensuite sur toute la situation médecin-malade, puisque cette paranoïaque qui ne se reconnaissait pas malade, et qui pendant long temps n'a pris de ce fait aucune chimiothérapie, a accepté le Service Libre, le médecin et les entretiens, abordant le conflit intérieur.

Pour la Société, l'hôpital est donc encore un instrument de ségrégation "Sont envoyés à l'asile avec les malades mentaux, relevant de techniques psychiatriques vraiment originales, les "sujets" comme on dit, qui n'ont pu trouver place ailleurs ... On a bien tenté de qualifier à l'aide d'une notion positive ce dénominateur commun à tous les hospitalisés de l'asile, on a mis en avant la notion de désadaptation sociale et tenté de définir l'hôpital psychiatrique par la fonction de réadaptation (1).

La fonction du médecin est alors de "réadapter", de rendre à la Société ces "asociaux". L'intention thérapeuthique prévalant non plus dans le soin, le soulagement de l'être souffrant, mais s'exerçant en fonction des besoins de la Société. Et le médecin est tenté par la recherche de la pierre philosophale : le nouveau médicament qui rendra ou plus doux, ou plus gai, ou plus actif, c'est-à-dire plus "sociable" le malade quelqu'il soit. L'hôpital psychiatrique risquant ainsi de devenir une vaste usine de récupération des asociaux.

Mais à vrai dire on se soucie encore peu de la récupération, et pour ces "asociaux", l'hôpital psychiatrique est avant tout un instrument de ségrégation, l'ultime lieu de rejet, d'éviction, où ils aboutissent, comme d'autres aboutissent à la prison.

Mademoiselle V.

Mademoiselle V. avait treize ans lorsqu'elle vint pour la première fois à l'hôpital psychiatrique. "Elle n'a pas sa place ici, mais où ?" notait le médecin du service.

Elle était envoyée par un Centre d'Observation pour troubles du comportement, "excitation et irritabilité".

Elle a maintenant vingt et un ans ; elle nous a été envoyée d'un hôpital psychiatrique d'un autre département où on avait pu lui apprendre à surveiller les machines à laver. Elle y resta sept ans.

Mais enfin elle a vingt et un ans et demande à sortir. Où ? Elle

(1) BONNAFE "Point de vue psychothérapique" La Raison n° 17 page 23. 2ème trimestre 1957.

ressemble à un jeune garçon effronté ; elle est osseuse, dégingandée, elle a un rire bruyant, des gestes brusques. A peine enlève-t-elle sa cigarette de la bouche pour répondre avec rudesse ou impudence aux infirmières. Elle ne veut aider en rien dans la vie quotidienne du service ; elle se propose, seulement pour les courses qui lui permettent d'errer dans les rues de l'hôpital en compagnie masculine ; et même si elle ne fait pas les courses, elle se fait un jeu d'échapper à l'autorité des infirmières.

Avec le médecin elle reste sur la défensive, anxieuse et fermée. Elle veut sortir. Où ? Pas chez son père, il vit seul, elle ne veut pas retournée et être seule avec lui comme lorsqu'elle avait treize ans.

Elle n'a pas d'autre famille ; sa mère a quitté le foyer alors que Melle V. avait dix huit mois pendant que le père était mobilisé et l'enfant fut placée chez les grands-parents paternels ; ils avaient déjà adopté un autre enfant et lorsque Melle V. eut cinq ans, ils la placèrent ailleurs.

On chercha alors la place de Melle V. pendant sept ans en huit placements successifs : maisons d'enfants, particuliers, établissements d'enfants arriérés, centres d'observation, dont le dernier l'envoya à l'hôpital psychiatrique.

L'assistante sociale du Service lui a trouvé un emploi, une chambre dans un foyer de jeunes filles, elle est sortie. Elle a changé de travail plusieurs fois ; tour à tour bonne dans un hôtel, bonne dans un café, employée dans une usine, elle a quitté aussi le foyer de jeunes filles et erré au hasard d'incertains compagnons.

Elle est revenue elle-même se faire hospitaliser "Je n'arrive pas à oublier l'hôpital" ; quelque temps auparavant, elle était retournée à l'hôpital où elle était restée sept ans, en visite "pour dire bonjour, pour demander du travail". Au bout de quelques jours elle demande sa sortie.

Mademoiselle V. cherche et cherchera sans doute encore longtemps où est sa place.

Mademoiselle C.

Cherche et collectionne des "Mamy" à travers tout l'hôpital, elle choisit de préférence les assistantes sociales et les secrétaires, et en échange de menus services, reçoit sourires, conseils, gronderies.

Elle a ses "coins" ; sur un petit mur de pierre ou un escalier elle tricote fébrilement pour l'une d'elles, va porter une lettre, chercher un soda. Parmi toutes, elle a toujours une mère de prédilection qu'elle hante pendant toutes les heures de travail de celle-ci, l'accaparant jusqu'au rejet.

Elle est dans le Service depuis peu, mais le début de son existence en hôpital psychiatrique remonte à deux ans. A son premier séjour on lit sur l'observation : "Troubles caractériels chez une fille de 14 ans, avec grosse défection parentale et éthylisme familial".

On la plaça alors, dans un centre de rééducation d'où elle fut rapidement renvoyée à l'hôpital "Croyez que tout le monde ici a usé de bienveillance, de patience et de bonté envers cette pauvre fille". Mais au cours de ce deuxième séjour les choses se gâtèrent aussi "Si la cure de compréhension s'avère inefficace, il n'y a aucune raison pour continuer à se déranger pour elle et en particulier à la mener en dehors des filières habituelles ... et à lui faire suivre la filière tout à fait classique, à savoir l'internement".

Elle est donc internée.

Sa mère bégaye ; elle vient la voir de temps en temps et s'assurer que sa fille remplit bien ses devoirs religieux, elle explique combien Melle C. a été difficile à élever ; il a fallu la couver jusqu'à l'âge de six ans ; elle était si chétive à la naissance, qu'une religieuse de la maternité lui a dit : "Si vous voulez la garder il faut vous en occuper vous-même". Toujours malade ; le médecin du quartier lui a sauvé la vie deux fois, elle n'a jamais pu être vaccinée.

Quand elle a été mise à l'école à six ans, elle est devenue impossible, elle a alors été placée dans plusieurs maisons d'enfants, dans une famille à la campagne, puis envoyée dans un centre médico-psychologique. Lors de ses courts séjours à la maison, la vie était intenable, elle était jalouse de ses deux jeunes soeurs.

Dans le Service, elle se dispute avec les autres malades, "cherche des histoires" avec les infirmières, parfois casse une vitre.

Sur le journal tenu par les infirmières est rapporté un de ses propos : "J'aurai toujours raison, même si je vous en fait baver, j'ai le droit de tout casser, et vous n'avez le droit de rien faire".

Elle avale un jour vingt comprimés d'Aspirine "pour en finir". Avec le médecin lorsqu'elle parle d'elle-même : "J'ai été méchante ... lorsque je serai plus sage ... j'ai encore été impossible ...", et refuse son traitement.

Pendant une période elle va mieux, on parle sortie, travail, on fait des projets d'avenir et un mode de relation s'ébauche autre que celui de persécuté-persécuteur. Mais elle présente alors des douleurs à la colonne dorsale, elle se voûte. Le spécialiste consulté, conseille ... un corset plâtré, qu'il change après quelques semaines contre un corset en plexiglass .

Ces deux "caractérielles", ont été rejetées très jeunes du groupe familial. Melle V., à l'âge de cinq ans, Melle C. effectivement à l'âge de six ans, mais sans doute beaucoup plus tôt, peut-être même à la période prénatale par sa mère.

Le milieu "naturel" faisant défaut, cette première délégation de responsabilités est ensuite transmise mécaniquement, selon toute une filière "habituelle" jusqu'à une des extrémités de la chaîne : l'hôpital psychiatrique.

Le rejet initial s'est perpétué tout au long de cette chaîne constituant à peu près le mode unique de relation à autrui qu'aient connu et appris ces deux "malades".

Situation de rejet, situation d'oppression avec les multiples conduites réversibles que cela implique, et où seront entrainés le médecin et le personnel soignant tout entier.

Mademoiselle L.

De temps en temps Mademoiselle L. passe dans l'autre pavillon du Service, celui dont la porte est fermée. Après quelques mois ou quelques semaines, elle revient dans le pavillon dont la porte est ouverte. L'atmosphère est devenue intolérable.

Peu importe que la porte soit ouverte ou fermée, elle n'a jamais essayé de se sauver.

Elle recommence à se déshabiller et à se coucher, nue sur le carrelage, "comme un chien" dit une autre malade, ou par les grands froids, nue dans le fossé de la cour.

Elle recommence à crier, surtout les jours de visite, elle crie,

elle hurle, chante à tue-tête, pas tout le jour, ni toute la nuit, mais dans une tension telle, que malades et personnel un jour, ne peuvent plus le supporter.

Lorsqu'elle ne crie pas, elle erre maigre, misérable, rhabillée sans cesse, patiemment, par les infirmières. Parfois elle saisit une main au passage, la serre très fort, la tapote avec des sourires et des petites paroles.

Dans ses périodes "calmes", elle est prise sous la protection d'une infirmière qui la dorlote, ou d'une malade, parfois, qui l'emmène promener.

Elle était déjà ici avant les neuroleptiques ; elle criait, se déshabillait, grimpait pieds nus sur les radiateurs brûlants "Je veux me brûler les pieds", elle fait cela aussi depuis les neuroleptiques, même les plus récents. Elle a échappé à la lobotomie.

Les premiers jours dans le Service, on notait déjà son aspect "précocement vieilli, son faciès douloureux" ; elle avait 37 ans "J'ai plus de dents, j'ai plus rien, j'ai plus de bouche, j'ai plus rien pour manger, j'ai plus de tête, qu'est ce qui m'arrive donc ?"

Elle venait d'un hospice. A son retour d'un camp de concentration d'Allemagne où elle avait passé trois ans, elle était entrée dans un hôpital général, puis avait été placée dans cet hospice où avait débuté la maladie mentale.

Melle L. était l'ainée d'une famille de six enfants ; elle avait quinze ans lorsque sa mère est morte, elle s'est occupée quelque temps de ses frères et soeurs, mais le père était éthylique. Toute la famille a été dispersée dans des orphelinats, Melle L. placée comme bonne dans une famille. Elle fut déportée en Allemagne en même temps que ses patrons.

Voici donc que dans l'existence de cette malade, l'internement en hôpital psychiatrique, survient après de multiples expériences de ségrégation : isolement et misère après la mort de la mère, séjour de trois ans dans un camp de concentration, puis après un séjour de un an dans un hôpital général, elle échoue à l'hospice où sa famille (une soeur) la retrouve, mais ne peut s'en occuper, c'est enfin l'hôpital psychiatrique.

Le Docteur BALVET commentant une phrase que répète parfois Melle L. "Où suis-je ?", parle de la distance astronomique qui la sépare d'autrui, de son "isolement absolu".

Devant ses airs sauvages, ce comportement "asilaire", qui semble

tout refuser, tout repousser, toute tentative d'approche, toute thérapeutique semblent une agression. Toute démarche, toute intention de soulager semblent vouées à l'échec.

Nous terminons donc ce chapitre par une expérience clinique, qui est une démonstration par l'absurde de ce que peut être la situation d'oppression à l'hôpital psychiatrique : Melle L. ne peut y être et n'y sera jamais qu'en situation d'oppression, parce qu'elle a toujours été et ne sera jamais qu'opprimée.

Elle est une "victime". De la misère ? De la Société ? De la guerre ? De l'hôpital ? Mais enfin elle est réellement malade, elle est schizophrène. Sans doute. Mais elle crie comme une victime, mais elle se débat comme une victime, et quoique nous fassions nous ne pouvons plus être que bourreaux. Tout autre chemin de rencontre est perdu.

CHAPITRE 3 : MILIEU FAMILIAL ET SITUATION D'OPPRESSION.

Nous avons introduit la clinique dans ce travail et franchi ainsi une frontière : au delà nous pouvions assigner, fixer l'hôpital, ses structures comme oppresseurs du malade. En deçà, nous ne pourrons que suivre les lignes de force innombrables, à directions multiples et réversibles, tendues entre le malade et son entourage, et spécialement ici, sa famille.

La particularité, souvent pesante, du malade mental le fait rejeter par sa famille ; celle-ci étant peut-être, en partie à l'origine de cette particularité, etc ..etc .. On peut ainsi, de miroir en miroir, renvoyer la "responsabilité". Ce qui serait difficile et inutile ; nous ne chercherons pas qui a commencé, nous présenterons seulement quelques expériences cliniques, parmi tant d'autres où cette situation nous a semblée particulièrement frappante.

Nous commencerons cependant par celles où apparait d'abord l'oppression que fait peser sur le malade son entourage familial.

Colette B.

La petite Colette B. est la seconde de quatre enfants. Elle se développe normalement, apprend à marcher, commence à parler lorsqu'elle est atteinte à l'âge de quinze mois d'une encéphalite grave, après laquelle les acquisitions psycho-motrices antérieures sont perdues.

Délaissant ses autres enfants, la mère pendant neuf ans, s'occupe exclusivement de celle-ci, la gardant à la maison, couchée, la nourrissant avec des biberons d'aliments liquides, lui donnant chaque jour un lavement, allant chercher les matières avec ses doigts.

Un médecin lui ayant conseillé de lever l'enfant, d'essayer de lui réapprendre à marcher, elle consulte un autre médecin qui l'engage à la laisser au lit.

Mais sous la pression de la famille elle est obligée de s'en séparer ; la petite est placée dans un service d'arriérés profonds, la mère fait une dépression.

Dans le service, en quelques mois, Colette va à la selle sans lavement (et cela dès les premiers jours), est nourrie progressivement avec des aliments semi-liquides, puis des solides, qu'elle mange seule. Enfin elle se remet à marcher, quoique sans bonne grâce.

Voici soudain parmi trois autres enfants bien portants, un enfant qui par sa maladie handicape gravement la charge familiale de la mère.

Elle se prodigue exclusivement à celle qui restera le bébé, l'objet que l'on peut manier et posséder sans crainte qu'il n'arrache jamais son autonomie.

Le comportement maternel pathologique n'ayant pu peut-être se révéler ainsi qu'à l'occasion du déficit initial de l'enfant.

Monsieur F.

Il avait 54 ans à son premier séjour. Voici quelque notes prises à son sujet par le Docteur REQUET :

1er séjour : "Le médecin et ami de la famille : refus des rapports sexuels de la part de sa femme, depuis un an et demi - mais compromis, le mari prend le comprimé le matin, le soir ils reprennent le lit commun - elle veut bien reprendre la vie conjugale, mais il faut qu'elle "prenne sur elle".

Consultation : "Le couple, magnifique . Il lui porte le café au lait au lit et elle lui donne son comprimé".

Consultation : "Ne veut plus prendre ses comprimés devant elle".

Consultation, un an et demi après le premier séjour : "La famille, père, mère, fille, donc un certain tribunal, il est énervé, irritable, a fait quelques écarts".

Consultation : "Après entente téléphonique, nouvelle confrontation
d'un côté, l'épouse et sa fille
de l'autre, Monsieur F. et sa mère.

La partie plaignante accuse l'accusé de devenir impossible ; irritabilité, scènes - ces griefs vagues, mais intenses émis, l'accusé se lève et demande la parole, en exigeant de ne pas être interrompu - immense plaidoyer soliloqué (quelques interruptions provoquant de fausses sorties théatrales). Tout se termine par une scène de ménage. On propose à Monsieur F. de rester, il ne

veut pas".

Nouveau séjour : "L'épouse, confrontation - flot de paroles - théâtral, fausse sortie indignée contre sa femme, puis revient, le mot de divorce est prononcé, mais il voudrait en attendant, constituer une société artisanale entre sa femme, sa fille et lui".

"Vient dans le Service hors de lui contre sa femme qui ne lui donne pas d'argent et menace de le faire interner."

Consultation : "Il semble bien qu'il y ait une oppression de toute la famille (matriarcale) contre cet homme très assujetti à sa femme".

Lettre écrite par Monsieur F. au Docteur R. au cours d'un des premiers séjours : "Proposition à Monsieur le Docteur R.

Après achèvement du traitement, pîqures et cachets.

Absorption journalière cachets anti-alcool ou autres avec de l'eau.

Visite au Docteur R. une fois par mois. Cette visite sera accompagnée d'un compte-rendu mensuel sur mon comportement général, écrit par Madame F. et signé par elle. Ce comportement sera remis sous enveloppe.

La signature du Docteur R. sur cette enveloppe prouvera à Madame F. que j'ai fait mon devoir".

Monsieur F. a une entreprise de marbres funéraires, il est sculpteur-graveur. Mais ces dernières années il ne travaille plus. Ses premiers séjours furent motivés par l'alcoolisme, il se levait à cinq heures de l'après midi, buvait toute la nuit et se couchait le matin. Plus tard, ce fut tantôt pour un accès maniaque, tantôt pour un épisode dépressif.

Actuellement, c'est sa fille célibataire, qui sculpte et grave les pierres funéraires. Sa femme tient le bureau. Lui, reste à la maison, fait les commissions.

Sa femme l'accompagne aujourd'hui à la consultation ; il est triste, n'ouvre pas la bouche, regarde le sol "Oui, mais nous préférons le voir comme ça ... Il ne travaille pas mais ça ne fait rien ... il s'achète une tablette de chocolat tous les matins, il la mange en cachette parce qu'il a peur qu'on le gronde ... Il est bien gentil ..."

Madame D.

Madame D. depuis dix ans a fait de nombreux séjours à l'hôpital le plus souvent pour un accès maniaque, parfois pour un syndrôme dépressif ou un état mixte. Les premiers troubles sont apparus un an après son mariage, à l'âge de vingt et un an.

Elle est aujourd'hui plutôt grosse, placide une fois l'accès calmé, bavardant posément d'une voix monotone. Son second divorce est en cours, et elle pense en sortant d'ici, retourner chez ses parents avec ses trois enfants, elle pourra aider sa mère à tenir la maison.

Les enfants sont de son premier mari. Il était contrôleur à la Sécurité Sociale. Il avait des exigences sexuelles "contre nature", il jouait, il la battait. C'est à elle que l'on a confié la garde des trois enfants, mais ce divorce avait scandalisé sa famille." C'est une famille de caste ... ils ont l'esprit bourgeois". Tous ont fait carrière dans l'Administration, le père est Secrétaire de mairie, le frère aîné est contrôleur à la Sécurité Sociale, l'autre frère est Econome dans un hôpital, la soeur est mariée à un gérant de banque et Madame D. avait appris le métier de comptable. Ils acceptaient mal la maladie de Madame D. "Elle est menteuse ... elle joue la comédie ...", et surtout ils venaient en groupe, lors des séjours qu'elle fit dans les années qui suivirent son divorce, se plaindre au médecin du comportement sexuel libertaire de Madame D.

Elle a alors quelques amants épisodiques, puis se remarie à 30 ans avec un ouvrier fraiseur. Quelques mois après, elle revient dans le Service pour un nouvel accès maniaque "J'hypnotise mon mari, ce qui est un gros travail ... la lutte est serrée ..." Le même jour son mari entre au Service Libre pour une cure de désintoxication.

Il y a quelques mois elle a divorcé pour la seconde fois. Elle est maintenant réconciliée avec sa famille, elle y est retournée et sa mère étant "fatiguée, nerveuse", c'est elle qui dirige tout, le père, la mère, le frère et ses propres enfants. Personne ne vient plus se plaindre de son comportement sexuel, mais au cours des consultations Madame D. se plaint de troubles urinaires, petite incontinence, et mictions impérieuses en des lieux "gênants" en particulier à l'église ; le spécialiste n'a relevé aucune cause et les traitements symptômatiques sont restés sans effet.

Au cours d'un entretien, Madame D. parlant de son enfance, se plaignait de n'avoir pas été désirée par sa mère, elle était née treize mois après

sa soeur ; sa mère ne s'est jamais occupée d'elle, elle ne lui manifestait aucune tendresse, elle n'est jamais montée sur ses genoux, elle ne l'embrassait pas.

A la fois opprimée et rejetée par des structures familiales rigides, Madame D. a développé un terrible appétit, elle a mangé en dix ans deux maris et plusieurs amants, puis à l'occasion d'une défaillance de sa mère, elle est revenue sur le terrain familial.

De temps en temps cette faim se déploie et flambe au cours des accès maniaques, véritables "fêtes", où l'inconscient peut brûler l'angoisse de la frustration.

Avec le médecin entre les accès elle a les mêmes rapports de force, elle ne prend pas les médicaments ou en ajoute d'autres de son propre chef.

Cependant, elle vient régulièrement aux consultations et accepte peu à peu du médecin l'exposé de ces rapports de force et de leur signification.

Madame L.

"....anxieuse, irascible, agressive, ce qui rend la vie familiale et notemment conjugale, absolument impossible ..." indique le certificat d'internement. La vieille dame est assise très droite ; elle a eu une vie très dure, ils étaient huit frères et soeurs, elle était l'aînée des filles. "J'ai servi de bonne à mes frères et soeurs". Mais elle était très courageuse, prenait la situation en main. Lorsqu'elle s'est mariée, ils ont acheté une laiterie, son mari était très gentil mais c'était elle qui devait s'occuper de tout, il ne savait pas acheter, il ne l'aidait pas. Ils ont vendu la laiterie et ils ont acheté un café restaurant ; elle avait toute la peine, il jouait aux boules et aux cartes toute la journée "il aurait pu au moins aider la bonne faire la salle, je l'ai envoyé travailler dehors, car lorsqu'il travaille chez les autres, il est très courageux, il ne craint pas sa peine".

Elle n'a qu'un fils ; après son mariage il a encore vécu six ans chez ses parents "Je leur avais donné ma chambre et je devais faire coucher mon mari sur un lit pliant à la salle à manger". Son fils a divorcé. "C'était une tête de linotte, elle avait rencontré un autre homme et elle a dit à mon fils qu'elle ne l'aimait plus". Sa belle-fille a fait alors une dépression "Nous avons été obligés de la faire enfermer", ensuite ils ont divorcé. Il

s'est remarié et avec sa nouvelle femme ils sont allés habiter ailleurs.

Madame L. a une voix ferme ; depuis à peu près un an elle lutte de toutes ses forces, elle résiste de toutes ses forces contre la peur. Elle a peur dans l'appartement vide, lorsque son mari n'est pas là, elle a peur dans la rue, où les repères familiers se mêlent soudain et s'effacent peu à peu. Elle a peur de ne pas avoir assez, de manquer d'argent, d'être dépouillée de cette force et ils jettent l'argent par la fenêtre.

Elle a peur de cet aujourd'hui cahotant, de cet aujourd'hui d'incertitude qui se gonfle, se dilate de figures et de choses d'hier ou qui soudain s'effondre dans un trou, un vide, que ne comble pas la recherche éperdue, des lunettes, des clés, du porte-monnaie, du sac ... abandonnée, rejetée dans cette défaite inaccessible, d'où l'on n'entendra bientôt plus ses cris.

Ces troubles commencent à la faire rejeter du milieu familial, d'autant plus intolérant, qu'ils ont dû longtemps subir son énergie et son autorité.

Le circuit s'engage alors : l'intolérance du milieu, les défaillances et l'incertitude de sa propre conscience produisent l'anxiété et même la panique, un désarroi permanent qui précipitent l'évolution vers la démence.

Monsieur M.

Monsieur M. est un buveur psychiatrique. L'éthylisme est ancien, il remonte au service militaire et Monsieur M. a maintenant 48 ans.

Il s'est marié à 25 ans avec une veuve, mère d'un enfant de huit ans. Il est resté prisonnier cinq ans pendant la guerre ; il a été atteint, il y a quatre ans d'une tuberculose grave qui a nécessité une intervention et un long séjour dans un sanatorium.

La décompensation psychiatrique de l'alcoolisme s'est produite il y a un an, il ne travaillait plus, il ne voulait plus sortir de la maison, les voisins lui voulaient du mal, les enfants le bousculaient dans la rue.

Il a fait une cure de désintoxication, après laquelle, rentré chez lui, il devient apragmatique, ne se déplaçant plus que pour aller de la table à son lit. Puis il se promène avec un noeud coulant dans sa poche, il boit à nouveau, sa femme le fait hospitaliser dans le Service.

Il est difficile de savoir où il se procure le vin, mais assez régulièrement, il expose à tout le Service une ivresse bruyante, indéniable,

mais peu agressive. L'éclat et ses conséquences passées, on l'oublie, il ne participe pas à la vie du Service en dehors des périodes qui suivent une ivresse trop démonstrative et où il aide un peu le personnel infirmier à des travaux ménagers.

Puis il se remet à errer sur les chemins de l'hôpital, seul, fumant sa pipe.

Il ne vient jamais voir le médecin ; si on lui demande un entretien, alors il réclame sa sortie ; pourquoi sa femme le laisse-t-elle ici ? Pourquoi ne l'emmène-t-elle pas en permission ? Pourquoi ne vient-elle pas même le voir?

Sur une lettre de l'assistante sociale du Service, Madame M. accourt, et demande un entretien au médecin "Je suis malade, je dois me soigner, mon mari ne peut pas revenir à la maison maintenant, ce n'est pas possible, il a rebu après sa cure et pourtant je le surveillais ... maintenant avec mes fils nous sommes tranquilles. Ils sont gentils mes fils ; l'aîné revient du service militaire, il ne boit jamais une goutte de vin, il ne met jamais les pieds dans un café, il ne va pas au cinéma, il ne sort qu'avec moi. Je l'ai aidé à s'acheter une petite voiture. Le petit à la paix maintenant, son père lui était toujours après ... Il va se remettre à boire, il a toujours bu, mais je ne le savais pas, c'est mon beau-frère qui avait bâclé le mariage ... il a toujours beaucoup aimé et admiré (plus que les siens) le fils que j'ai de mon premier mari, et qui est militaire de carrière".

Elle viendra voir son mari tous les quinze jours, cela le fera patienter ; un dimanche même elle vient le chercher en voiture avec ses fils et l'emmène en permission. Il sort de la maison, faire un tour dans le village, elle le fait suivre et surveiller par le fils aîné. Ils sortent se promener en voiture, il a soif, la famille s'assoit au café et regarde, tendue, le père boire le jus de fruit que la mère a commandé. La permission suivante se passe très mal, il échappe à leur surveillance, boit et se montre violent. Elle ne revient pas le chercher.

Nous arrêtons là cette première partie, car nous avons désormais trop engagé la rencontre clinique pour continuer à rechercher l'oppression issue des structures, ou de l'entourage familial, s'exerçant sur le malade.

Il s'agit maintenant pour nous de reconnaître la situation d'oppression dans la maladie mentale elle-même, dans les rapports établis entre le malade et sa maladie, rapports où sera toujours impliqué autrui et particulièrement ici, le médecin, comme nous essayerons de le montrer ensuite.

DEUXIEME PARTIE :

L'OPPRESSION VECUE PAR LE MALADE.

CHAPITRE 4 : L'OPPRESSION VECUE DANS LE DELIRE.

"Je ne peux pas prendre un verre d'eau sans que je sois commandée.."

"..on est en train de m'enlever mon corps je deviens une bête on profite de moi on se sert de moi ..."

"Ce sont les magiciens - ils sont six ils me commandent toute la journée de rester assise de ne pas bouger de ne pas prendre mes médicaments ... et j'ai peur ... si je leur désobéis ils me punissent ils me punissent ... mon coeur se met à battre très fort ... comme si j'allais mourir .."

Madame W. est poursuivie par le médecin qui loge dans le même immeuble qu'elle. Il la désire, elle ne veut pas de lui et il la drogue, pénètre chez elle la nuit quand elle dort et exerce toutes sortes de machinations sur elle.

"Quelqu'un me poursuit et veut me tuer ... on me fait du mal tout le monde me veut du mal .."

On pénètre chez Mme P. la nuit, on lui fait des chocs sur les yeux, sur le visage, on lui parle. Dans la rue les enfants lui jettent des pierres.

"Je n'ai pas une pensée à moi on me les prend toutes ... on dit que Melle D. n'existe pas j'ai été complètement dévalisée ... ils voient tout ce que je fais ils parlent tout le temps dans ma tête ils arrêtent quand je parle ..... ils répètent ce que je dis ils prennent ce que je pense ils le répètent ... quand je fais une réflexion ce sont eux qui s'en emparent ... quand je mange de la viande ils dévalisent l'estomac à 2 heures j'ai aussi faim que si je n'avais pas mangé ..."

Les voisins pénètrent chez Madame L. en son absence bien qu'elle fait changé toutes les serrures, ils empoisonnent ses aliments, ils l'épient quand elle sort de chez elle, elle les entend dire "on va lui faire ceci ou cela"

Le médecin rencontre enfin l'oppression dans le vécu même du délire. Persécuté dans son corps, persécuté dans son esprit, le malade n'exprime pas même ici une lutte, mais il semble se situer tout entier passif, objet d'une force active qui le domine.

Nous avons choisi de commencer par le délire parce qu'il est le langage percutant de la folie, son moyen d'expression, parfois même son seul moyen de communication avec autrui, langage qui peut nous sembler inadéquat ou gratuit mais qui est le seul qu'une conscience perdue d'angoisse peut nous offrir. En sa forme étrange et fantastique, il ne signifie pourtant que de l'humain, il n'exprime pas une réalité d'une autre espèce, il est une certaine manière d'exprimer la même réalité.

Cette réalité qui écrase le malade, hostilité vague ou organisée menaces dirigées contre lui, et perçues par lui comme venant d'un autre ou des autres, agissant hors de lui ou en lui, nous l'appréhendons nous, comme fiction, comme seule émanation du malade lui-même.

Le malade opprimé par une réalité émanée de lui-même, et qu'il considère comme étrangère à lui, c'est là une définition de l'aliénation : "L'aliénation, au sens Hégélien et Marxiste du mot est le fait pour un être d'extérioriser ce qui est en lui, ce qui constitue son essence, et de considérer ce qu'il extériorise ainsi comme quelque chose d'autre que lui-même, comme une réalité qui est à la fois opposée et étrangère".(1)

Le vécu oppressif du délire, nous le percevons d'abord comme une menace intérieure, qui sous la pesée de l'angoisse est désespérément rejetée hors du malade, investissant un autrui soudain terrifiant des puissances du mal, le vivant comme un objet mauvais dans mouvement constant d'être et de ne pas être cet objet, de s'identifier à lui, de s'attribuer sa puissance ou de se placer soi-même objet entre ses mains.

(1) A. CORNU "L'idée d'aliénation chez HEGEL, FUEURBACH, HESS et K. MARX. La Pensée n° 17, mars-avril 1948, cité par : J.GABEL "Délire politique chez un paranoïde". Evolution Psychiatrique, trimestre 1952

La Psychanalyse a recherché les mécanismes de cette extériorisation, de cette "projection" d'un conflit, d'une menace intérieure en une menace venant de l'extérieur. "En ce qui concerne la formation des symptômes dans la paranoïa, le trait le plus frappant est ce processus qu'il convient d'appeler la PROJECTION, une perception interne est réprimée et en son lieu et place, son contenu, après avoir subi une certaine déformation, parvient à la conscience sous forme de perception venant de l'extérieur" dit FREUD (1).

V. TAUSK a étudié à propos d'une malade "La genèse de l'appareil à influencer au cours de la schizophrénie" (2). L'appareil à influencer, présent dans tant de contenus délirants, plus ou moins compliqué suivant les malades, fonctionnant à l'électricité, aux ondes, aux ultra-sons, au fluide, etc .. enregistrant ou transmettant la pensée, mais aussi la forçant, capable de contraindre le malade dans ses actes, cet appareil est le plus souvent un appareil à persécuter.

TAUSK fait de cet appareil une sorte de stade ultime de projection chez les schizophrènes, précédé d'étapes, où des sentiments d'altération des fonctions physiques et psychiques et de certaines parties du corps, seraient projetés vers l'extérieur avec ou sans désignation d'un responsable. Puis ces sentiments d'altération seraient attribués à un appareil à influencer, manipulé par des ennemis. TAUSK cite une malade chez qui cet appareil représenterait "LE CORPS DE LA MALADE projeté dans le monde extérieur" (3)

TAUSK ramène ce phénomène de projection du corps propre à une répétition pathologique d'un stade du développement infantile : le passage du stade narcissique, stade où "la libido est dirigée sur la personne propre, reste accrochée au moi propre et non aux objets du monde extérieur" (4), tandis que corrélativement sur le plan intellectuel n'existe pas encore de distance entre l'objet stimulant et la sensation reçue, les stimulations venant du monde extérieur sont identifiées à la sensation et perçues comme endogènes. Passage donc, de ce stade anobjectal au stade objectal de la trouvaille de l'objet sur le plan

(1) FREUD "Le président SCHREBER" Cinq psychanalyses.

(2) TAUSK "De la génèse de l'appareil à influencer au cours de la schizophrénie" in La Psychanalyse n° 4 "Les Psychoses".

(3) TAUSK page 239

(4) TAUSK page 245.

intellectuel, c'est-à-dire de la constatation intellectuelle de sa présence (1) avec l'apparition de la possibilité de distance entre l'objet stimulant et la sensation reçue ; corrélativement c'est aussi le stade du choix de l'objet pour la libido, "du transfert de la libido dans le monde extérieur" (2).

Pour les analystes, le contenu délirant est l'expression de la réalité de l'inconscient du malade.

Dans la mesure où l'inconscient non seulement se souvient de ce "paradis des amours enfantines où baudelaire de Dieu ! il s'en passe de vertes" (3), dans la mesure où l'inconscient n'est pas seulement ce présent à jamais figé dans le raide filet des conduites passées, dans la mesure où l'inconscient affronte le monde et en reçoit l'empreinte, dans la mesure où cette empreinte ne dépend pas seulement de la manière dont l'inconscient affronte le monde mais de toutes les données de ce monde alors oui, oui le délire exprime bien la réalité de l'inconscient du malade.

Dans le vécu oppressif du délire, il y a signification tout à la fois de la réalité éprouvée dans la maladie, dans les conflits internes qu'elle implique, et de la réalité éprouvée dans le monde où vit le malade, dans l'affrontement de ce monde, que ce soit à l'extérieur ou à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique. L'asile se reflétait dans le délire ; et plus qu'un reflet, les structures asilaires édifiées à l'image même du délire, puisaient dans celui-ci leur vie secrète et, en échange, on y voyait croître et se développer la riche séméiologie de la folie.

Monsieur M.

A 38 ans, il est ouvrier boulanger mais ne reste pas longtemps chez

(1) La constatation de la présence de l'objet impliquant en une même démarche de l'esprit la reconnaissance du symbole qui le nomme (recherches de la Société Française de Psychanalyse).

(2) TAUSK page 246

(3) LACAN "D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose". La Psychanalyse n° 4 page 11.

le même patron. Il a travaillé un peu dans toute la France et revient périodiquement en Savoie où il est né et a passé son enfance.

Et c'est d'une petite ville de Savoie qu'il arrive pour se faire hospitaliser, il veut consulter "un spécialiste de pédérastie".

Il change très souvent de lieu de travail, parce que au bout de quelques semaines les gens le regardent dans la rue ; au passage il les entend murmurer "pédé", "pédale", et surtout on lui fait des ultra-sons par derrière ; alors il est obligé de partir.

Il s'en va, quitte le pays. Toujours seul, il loge à l'hôtel, il a peur, il fuit toute compagnie ; puis par le journal il trouve une autre place.

Ce sont les ultra-sons surtout qui l'inquiètent. Pourquoi veut-on ainsi lui signifier qu'il est anormal, qu'il est un pédéraste ? Peut-être a-t-il quelque chose de changé, peut-être son corps s'est il modifié sans qu' il puisse s'en rendre compte ?

C'est pourquoi il veut consulter un spécialiste qui l'examinera et pourra lui dire "s'il est changé".

Pourtant il les aimait les femmes ; il a eu de nombreuses maîtresses, car même avant il se déplaçait beaucoup, mais c'était pour "voir du pays". Il se souvient surtout de l'une d'elle, c'est avec elle qu'il a eu les rapports les plus satisfaisants et qu'il est resté le plus longtemps, elle avait pourtant quinze ans de plus que lui.

Il l'a quittée pour se marier ; il y a quatre ans de cela, et sa femme était un peu plus jeune que lui ; mais il n'a pas pu avoir des rapports avec elle ; après quatre jours, elle est allée consulter, seule, un médecin et au retour elle l'a injurié et mis à la porte. Avant le mariage elle vivait avec une amie, l'amie est revenue. Ils ont divorcé.

Et depuis il n'a jamais pu "avoir de goût" pour une femme ; il a tenté plusieurs fois "avec des filles", mais il est resté impuissant.

Puis il a commencé peu après à Paris, à sentir les ultra-sons

C'est son cinquième séjour à l'hôpital psychiatrique ; là seulement il se sent en sécurité ; il reste quelques jours couché, silencieux, puis rapidement il participe à la vie du Service, s'entretenant avec les autres malades, jouant aux cartes et aux boules, serviable et détendu.

Jamais il ne sent les ultra-sons à l'hôpital, et si cela arrivait, il viendrait immédiatement se plaindre au médecin.

Ce n'est pas Monsieur M. qui se traite de pédéraste, ce sont "les autres" qui l'appellent ainsi ; et ces autres ne se contentent pas de le nommer, mais il y a aussi les ultra-sons. Monsieur M. semble avoir ainsi, rejeter, projeter un conflit qui était devenu intolérable.

L'échec du mariage, c'est-à-dire sans doute l'échec du choix qui aurait fait de lui un adulte, l'échec de l'autonomie a été semble-t-il l'évènement révélateur du conflit.

Ce choix qu'il avait évité jusqu'à 34 ans par une vie vagabonde, errant de femme en femme, il le tente tout à coup après avoir vécu plusieurs mois avec une femme de quinze ans plus âgée que lui - et l'échec semblait déjà être inscrit dans le choix de la partenaire conjugale.

Le délire est-il moins "oppressif" que le conflit ? Il conduit tout au moins Monsieur M. en un lieu où il se sent à l'abri, il lui est permis là, sous la protection du médecin d'être sociable.

Chez ce malade, l'expérience délirante semble exprimer essentiellement l'oppression née du conflit intérieur.

Monsieur T.

Au cours du premier épisode de sa maladie, Monsieur T. était assez clairement le Christ. Il était seul dans une église, lorsqu'il entendît une voix forte, grave, solennelle : "Tu es mon fils". Il partit à pied pour la Trappe des Dombes.

Trois fois ainsi, il est parti à pied. Cette fois il est allé à Ars avec la pensée constante de ne pas s'écarter du bord de la route. Il n'a plus jamais entendu la voix, il n'a plus pensé nettement qu'il était le Christ. Il lui semble même, maintenant que ses actes, ses déplacements s'enchainaient au hasard, sur un mot entendu au passage, sur une décision soudaine. Peut-être se sentait-il un prophète bravant les foules, peut-être ... il ne sait pas. Il se souvient, il sait qu'alors "dans la rue, partout, les visages, tous, veulent dire quelque chose, ils sont pour ou contre moi. Quand je suis arrivé ici les infirmiers, les médecins, les uns étaient pour moi, les autres contre moi.."

Ce sont ses parents et son frère qui l'ont accompagné. Le père est effondré "C'est la troisième fois, il ne guérira jamais". La mère ne comprend pas ".. personne dans la famille ... chaque fois il s'en prend à moi, c'est toujours contre moi qu'il se retourne quand il rechute ... heureusement que j'ai encore celui-là ..." Celui-là, le frère a un an de moins que Monsieur T., il est en uniforme, il fait son service ".. mon frère a toujours eu des préoccupations religieuses, il ne sortait jamais ... tu nous tenais trop". La mère proteste "Je l'ai bien laissé faire ce qu'il voulait ... quand il est allé aidé les Petits Frères des Pauvres ... il s'en prend aussi à toi, il dit que son frère est un démon, quand il rechute."

Au cours des entretiens, Monsieur T. raconte avec minutie toutes les circonstances de ses "crises". Il ne comprend pas pourquoi sa mère dit qu'il s'en prend alors à elle ; il est peut-être un peu brusque à ses moments là, parce qu'il est angoissé et qu'il veut partir.

Il a 24 ans, il a toujours vécu chez ses parents, il a commencé des études secondaires, mais a du interrompre pour des raisons financières et il est entré dans une maison de soieries ; il aurait aimé être dessinateur en soieries, mais il était daltonien et n'a pu continuer.

Il a changé ensuite plusieurs fois d'emploi, il était trop mal payé, le travail était trop pénible ; puis il y eut cette maison de commerce où il rencontra une jeune fille avec qui il se fiança.

Au retour des vacances, on ne lui rendit pas sa place de travail, on le déclassa ; les autres étaient jaloux de lui, ils avaient manigancé contre lui, il a rompu ses fiançailles.

Avant de tomber malade, il avait trouvé un emploi de représentant, travail qui lui plaisait, il l'avait même repris après le premier épisode de sa maladie ; mais on ne lui donnait pas les commissions qui lui revenaient, il a laissé.

Il n'a pas fait son service militaire, car il a été malade, une péritonite grave, puis une petite atteinte pulmonaire.

Il a toujours été croyant, mais ce n'est que vers 19 ans qu'il commença à aller chaque jour à l'église, à acheter des livres traitant de sujets religieux, il n'aimait pas tellement sortir et restait à la maison pour lire. Son frère partait faire du vol à voile. Trois mois environ après avoir rompu ses fiançailles il a entendu la voix dans l'église.

Il aimerait être moine dans un Ordre très fermé.

Il a noté un rêve et l'apporte à l'entretien : "Je rêve que j'apparais à la jeune fille dont je vous ai parlé. Je lui fais d'abord des reproches. Elle, un peu effrayée, me demande qui je suis. Je lui réponds que je ne suis rien en ce monde. Cependant comme elle insiste encore je lui dis "Je suis Kayakasma Mundi". Puis j'ajoute "C'est mon âme que tu vois". Elle me demande ensuite où est mon corps. Je lui réponds chez moi. Je lui dis aussi de ne pas me toucher sans cela elle me ferait mourir.

Puis je pris un crayon et écrivis mon nom André T..."

Monsieur T. aimerait être moine dans un Ordre très fermé. Chaque affrontement au groupe a été un échec ; l'incapacité physique contrecarre le choix du métier, interdit la première occasion de quitter la cellule familiale, il est exempté de service.

Il rencontre des difficultés dans chaque emploi successif, et fuit les autres "jaloux de lui".

La sexualité, intention et démarche vers le monde a été refusée.

Ces autres dont il a peur surgissent dans l'expérience délirante sur ces visages, qui tous, même ceux de la foule anonyme se chargent d'une signification dont il est la clé.

Ce qui apparait dans le délire, c'est sans doute l'incapacité d'adaptation au groupe, mais c'est aussi le rejet effectif par le groupe. Il y a son désir ambivalent de fuir la cellule familiale comme son frère, et d'y rester blotti. Mais il y a aussi ce même désir ambivalent de la part des structures familiales qui l'enclosent et le rejettent. C'est ce double mouvement qu'appréhende le délire.

Madame N.

Chaque éclat délirant aigu de Madame N. s'atténue, puis disparait rapidement sous traitement, après quelques jours dans le Service.

Elle a 32 ans, et depuis la première fois il y a deux ans, c'est à chaque rechute le même cauchemar ; elle peut au début penser "ce sont des idées cela vient de moi ...", elle reprend alors un peu son traitement, puis les frontières deviennent incertaines, elle ne peut plus demander aide, elle a peur.

Ses enfants qui jouent autour d'elle ont parfois des gestes étran-

ges, leur sourire est soudain une grimace, ils ricanent, ils la regardent, on les a changés, ce sont des nains qu'on a mis à leur place. Ils lui parlent la nuit par le trou de l'évier, ils la menacent, ils l'injurient. Son mari n'est plus son mari, on l'a changé, elle lui demande de montrer ses mains, la cicatrice qu'il a dans le dos, mais peut-être est-elle peinte seulement pour lui faire croire qu'il s'agit bien de lui. Si elle sort dans la rue, les visages brusquement ont tous un nom "Ils me connaissent, on me veut du mal". Elle même, bientôt elle n'est plus elle-même, une autre agit et pense à sa place. Tout est faux, concerté, une mise en scène.

Madame N. vit l'expérience délirante dans l'oppression et la menace qui surgissent d'abord de son foyer, de ses enfants, de son mari, puis de l'extérieur, de la rue où l'inconnu devient Nom qui la désigne. Elle abandonne enfin et n'est plus qu'un objet où loge et pense une autre.

Dans la vie réelle Madame N. a de nombreuses difficultés auxquelles elle doit sans cesse faire face : son mari est instable, il est joueur, il lui donne peu d'argent pour élever les enfants, il s'en va parfois deux ou trois jours de suite en compagnie d'un frère avec qui il "fait ses coups". Lorsqu'elle sort de l'hôpital il oublie de venir la chercher ou bien il est parti pour la chasse "Il faudrait qu'il me sente moins vulnérable". Elle se reproche de manquer de "volonté" devant ce mari immature.

Elle n'a pas d'autre appui, elle a été élevée par une tante, son père s'étant suicidé lorsqu'elle avait quatre ans et la garde des enfants ayant été retirée à la mère.

Elle doit affronter et assumer des responsabilités auxquelles sans doute elle avait été peu préparée et où se prolongent l'abandon et l'insécurité. Un monde sans appui et sans sécurité est un monde menaçant. Il apparait tel dans le délire.

Le vécu oppressif délirant exprime un mode particulier d'appréhension d'autrui, de l'être de l'autre.

L'image d'autrui telle qu'elle apparait alors est déshumanisée ; dans une même perception terrifiante, l'Autre a reculé à une distance vertigineuse et a envahi l'espace tout entier. Il s'est éloigné par son langage, ses actes, devenus mystérieux, incompréhensibles, mais qui ne concernent en une

redoutable signification, que cette présence, ce corps du malade.

Autrui s'est éloigné, mais il a envahi l'espace tout entier et cet espace aussi qu'est le corps du malade. Autrui a la puissance d'y faire irruption, de s'en rendre maitre, d'ordonner, d'agir enfin en cet objet abandonné. L'automatisme mental parait réaliser l'expression la plus aigue du vécu oppressif délirant.

Autrui formidable et puissant, omniprésent, dont les actes aux fins mystérieuses ne concernent inéluctablement, peut-être peut on rapprocher cette vision de l'appréhension magique du monde, par l'homme des sociétés primitives.

Comment ce vécu délirant d'un Autre terrifiant apparait-il dans les rencontres du malade avec les êtres qui l'entourent ? Comment en particulier vit-il ses rapports avec le médecin ?

La participation du malade à la relation ainsi offerte est un mouvement, un courant d'échanges entre sa vision délirante d'autrui et l'être qui est là, un réajustement entre son appréhension d'autrui oppressif et terrifiant et le comportement, les "réponses" de l'être qui est là.

L'attitude du médecin, son apport dans la relation va donc modifier l'image terrifiante d'autrui du malade.

Mais comment le médecin lui-même reçoit-il, supporte-t-il cette imade d'autrui que le malade lui apporte dans la relation ?

Sous le choc de l'archaïque vision, il est probable que la réaction immédiate, la réponse primitive du médecin est une réponse magique. Peut-être est ce pour conjurer l'angoisse commune à l'un et l'autre, qu'il s'identifie d'abord à la redoutable image : il est l'Autre puissant et terrifiant.

Et parfois, secondairement, survient la tentation d'être le Sujet de cet objet qui s'offre, et tout à coup le médecin n'est plus libre. Cette image endossée d'abord pour en épuiser l'angoisse, puis plus ou moins acceptée en des motivations plus élaborées, cette image parfois même fugitivement représentée par le médecin, a été "vue" par le malade, qui en nourrit son délire ; l'image terrifiante se fixe, pour le malade, mais aussi pour le médecin. Il est prisonnier maintenant de la relation infernale oppresseur-opprimé (il s'agit alors non plus de la relation magique primitive, mais de la relation plus

complexe, essentiellement sado-masochiste) qui lui permet seulement d'osciller dans les limites étroites qui vont du pôle "dur et répressif", au pôle "bienveillant et libéral" de son rôle. Médecin et malade pris tous deux dans le mirage du délire, telle était peut-être la malédiction de l'ancien asile.

C'est l'éventualité d'une telle situation dans la relation médecin malade qui rend en psychiatrie le maniement de la thérapeuthique, et particulièrement de la thérapeuthique dite "de choc", si difficile.

La recherche analytique, plus que tout autre a permis au médecin de prendre conscience de cette situation, de reconnaître l'influence de son propre comportement, de ses "réponses" sur le comportement du malade, d'intégrer et de rationaliser ses propres motivations.

Cette prise de conscience par le médecin ne peut à elle seule effacer chez le malade l'altération de l'image d'autrui, mais elle est la base d'une relation thérapeuthique.

CHAPITRE 5 : L'OPPRESSION VECUE DANS LA RELATION A AUTRUI

Les rapports de force dans la relation médecin-malade.

Lorsque la maladie psychiatrique ne comporte pas d'expérience délirante, il peut apparaitre aussi un vécu d'oppression dans le mode d'existence de ces malades.

Dans le rétrécissement et l'appauvrissement progressif du champ d'action barré d'interdits, de certaines psychonévroses, dans ces existences soumises aux affolantes contradictions du doute , ou à des rites dont la complexité seule s'enrichit.

Mais c'est surtout dans ses rapports avec autrui et comme nous voulons le montrer ici à travers quelques expériences cliniques, dans ses rapports avec le médecin, que s'exprime la situation d'oppression du malade mental lorsqu'elle ne se manifeste pas dans la forme d'un délire.

Dans l'introduction, à propos de l'oppression nous avons parlé de rapports de lutte et de rapports de force. En ce qui concerne la rencontre médecin-malade une distinction est nécessaire, car si les rapports de lutte, intégrés et contrôlés peuvent être dynamiques et positifs dans l'évolution de cette rencontre, par contre les rapports de force deviennent rapidement statiques et constituent une impasse dans la rencontre.

Monsieur G.

Il nous a été adressé d'un hôpital général où il a fait de nombreux et longs séjours et où, comme il le dit lui-même, il a eu "toutes les radios et tous les examens".

Cependant on a refusé de l'opérer.

Il souffre là. Lentement, il trace avec son doigt sur le haut de son ventre, les contours de la région douloureuse ; la douleur est là. Il nous interroge longuement sur l'action exacte du médicament prescrit ; d'ailleurs

ce médicament lui donne des brûlures, cet autre lui donne la bouche sèche, il est obligé de boire toute la nuit, ce qui l'empêche de dormir.

Enfin la douleur se calme, à condition de ne pas manger ; de toutes façons il n'a pas faim, rien ne lui fait envie et pendant des jours, pendant des semaines, il ne mange rien ou presque rien ; il boit seulement une tisane, préparée à son intention. Il devient squelettique, il reste tout le jour couché, le drap tiré jusqu'au menton ; il lève de grands yeux noirs et cernés sur le médecin qui passe.

Peu à peu il s'alimente de nouveau, il se lève de temps en temps, cependant qu'une douleur située en un point bien précis dans le dos, l'empêche quelques temps de marcher ; elle s'atténue, disparait, il a de terribles battements de coeur et la tête lui tourne.

Lorsque le médecin "oublie" de passer le voir, il se traîne jusqu' au bureau, s'effondre sur une chaise, souriant, silencieux, attendant que le médecin commence la conversation. Il continue à sourire, d'un ton passif et résigné il demande à aller dans un autre hôpital. Que fait-il ici ? C'est un hôpital de fous et chez lui la tête n'est pas malade, pourquoi ne veut-on pas l'opérer ? L'entretien chaque fois doit ainsi suivre son cours, l'actuelle douleur de Monsieur G., les inconvénients du médicament prescrit, puis il parle de sa famille, de sa mère qui vit dans un Douar du Sud et à qui il doit envoyer de l'argent pour nourrir les frères et soeurs plus jeunes. Il y a six ans qu'il n'a pas revu sa mère, il montre une lettre de là-bas, on parle des évènements actuels, et il se met en colère ... Il est malade tout cela ne l'intéresse pas !

Il y a trois ans, il a reçu une balle dans la main droite et a été blessé d'un coup de couteau dans la rue. Il était seul. Un an plus tard, sur le chantier où il travaille comme maçon, il reçoit une balle dans la hanche droite. Là encore il est le seul visé.

Il est en litige avec la Sécurité Sociale au sujet de ce 2ème attentat qui a eu lieu pendant ses heures de travail, il a des discussions interminables avec l'assistante sociale à ce sujet, elle doit écrire, téléphoner, réclamer ; il est chaque fois le premier à l'attendre devant le bureau lorsqu'elle vient dans le Service.

En dehors d'une femme qui vient le voir régulièrement il n'a point d'autres visites.

Monsieur G. exige des soins du médecin, il exige un dédommagement de la Sécurité Sociale, il a un sentiment aigu de préjudice ; c'est un "revendicateur". Sait-il ce qu'il revendique ?

Rejeté, exclus, condamné à mort deux fois par les siens, trouve t-il la douleur plus supportable lorsqu'il peut la montrer du doigt sur un coin de sa peau ? Une opération supprimerait-elle le mal ? Soulagerait-elle la faute ? Tout l'argent de la Sécurité Sociale suffirait-il à dédommager Monsieur G. de la solitude ?

Une situation d'oppression dans laquelle d'emblée le médecin est impliqué, puisqu'il est mis en demeure de répondre aux offres successives de symptômes qui lui sont faites (1).

S'il les refuse, il participe à son tour à l'oppression, dans un même geste de rejet et d'exclusion que celui qui a condamné Monsieur G. S'il accepte, à la lettre ces symptômes, il participe encore à l'oppression en renforçant la culpabilité dont ils sont issus et dans les deux cas s'engageront des rapports de force, tels que ceux qui ont conduit Mr. G. à travers de multiples services d'hôpital général.

S'il accepte les symptômes en une disposition telle que tous deux attendent une participation de la vraie souffrance, des rapports de lutte s'engageront peut-être, mais dans une perspective cette fois d'évolution de la relation médecin-malade, libérée du stérile dialogue oppresseur-opprimé.

Monsieur N.

Monsieur N. pleure souvent. Les larmes facilement lui montent aux yeux lorsqu'il parle de lui-même ; de gros sanglots le secouent lamentablement lorsqu'il s'agit de ses malheurs conjugaux.

Il n'a jamais été bien heureux ; lorsque sa mère est morte, il est resté seul à la ferme avec le père âgé qui tenait la maison et faisait une

(1) Nous empruntons la terminologie "offre" du malade et "réponse" du médecin au livre de M. BALINT "Le médecin, son malade, et la maladie".

pauvre cuisine. Il a un frère plus jeune qui a appris un métier et est parti à la ville où il s'est marié. Pourtant ce cadet avait été le préféré des parents ; le père, la mère, le gâtaient et les coups étaient toujours pour l'aîné.

Monsieur N. a attendu que son père meurt pour se marier. Sa femme était une pauvre fille, elle était malheureuse chez elle, son père buvait.

Il l'aime, lui il est tendre, sensible, mais elle est dure, autoritaire et surtout dure ; jamais elle ne lui a manifesté d'amour, jamais elle ne le prend par le cou. A la moindre dispute elle retourne chez son père avec les trois enfants, il est sûr que le beau-père monte sa fille contre lui.

Monsieur N. est entré à l'hôpital pour une cure de désintoxication, la deuxième. La première, il y a deux ans ayant été suivie dans un autre hôpital.

Sa femme vient nous voir ; elle en a assez, il promet, il jure de ne plus boire, mais sans cesse il descend à la cave boire du vin ou du marc ; maintenant il ne travaille plus.

Après la première cure, il a pris quelque temps les cachets, puis ensuite il mettait le compriné dans la bouche et le recrachait un peu plus tard, elle l'a surpris et devait ensuite le surveiller.

Mais maintenant ce n'est plus possible, il devient violent, il cache un couteau sous le matelas et menace son frère avec ce couteau ; elle a peur pour les enfants, la dernière n'a que trois mois.

Pourtant il était malheureux lorsqu'elle l'a épousé, c'était un pauvre garçon, elle le plaignait et pensait qu'elle saurait le rendre heureux. "Mon père à moi, avait été malheureux aussi".

Quinze jours après son mariage, elle s'est aperçue qu'il buvait ; il a déjà fait une cure, il a recommencé, si après cette cure il boit à nouveau, elle préfère divorcer, elle retournera chez ses parents.

Monsieur N. a commencé la cure ; ses réactions sont dramatiques, il rougit des pieds à la tête, vomit, tremble et se couche ensuite exténué.

Sa femme ne vient pas le voir ; elle lui envoie des lettres où elle mêle tendresse et menaces de divorce. Il pleure, il montre ces lettres aux infirmiers, aux malades, aux médecins : "Elle me fait souffrir, je l'ai bien mérité, je suis un vaurien, un misérable, mais Bon Dieu que je souffre !"

Il vient quotidiennement au bureau médical dire combien notre cure

le fait souffrir. Jamais plus il ne boira. Ses cachets, il se les fera mettre chaque matin dans la bouche par sa femme et il les avalera devant elle. La veille de son départ il nous dit : "Maintenant je n'ai pas fini de m'en voir, elle m'a posé ses conditions, c'est elle qui portera la culotte".

Il est rentré enfin chez lui ; après quelques jours bien qu'il n'ait pas rebu, sa femme est partie, emmenant les enfants ; elle vit chez ses parents; le beau-père le rosse, le traîne par les cheveux lorsqu'il essaye d'aller voir ses enfants. Il vit donc seul à la ferme, il fait partie d'une association d'anciens buveurs et va régulièrement aux réunions de l'association.

En quelle situation se trouve le médecin avec Monsieur N. ? Interné sous l'instigation de sa femme, il va subir la cure. Cette cure que nous lui faisons suivre, le rend très malade, le fait souffrir, c'est une punition, une expiation.

A la fois passif et agressif envers sa femme (pour le moins aussi ambivalente) il est également passif et agressif envers le médecin, passivité ou agressivité prévalant plus ou moins suivant les réponses du médecin.

Contre sa femme "dure et autoritaire", le vin constitue pour Monsieur N., petit, maigre, une "arme". Elle dirige tout, grande et sèche ; il descend boire à la cave, il prend un couteau, elle a peur - mais ce jeu complexe mène Monsieur N. à l'hôpital psychiatrique.

Dans sa relation avec le médecin sont mêlées intimement la culpabilité de ce soutien névrotique qu'est pour lui le vin et l'angoisse d'en être privé, la cure devenant ainsi un des termes du rapport de force, dans cette situation.

Madame P.

Opprimée par un conflit névrotique sur l'économie duquel elle vécut pendant cinquante ans, Madame P. transféra soudain la lutte sur le plan de ses rapports avec le médecin.

Le premier symptôme fut, il y a six mois, l'abandon du médecin de famille qui la suivait depuis vingt ans. Elle change de médecin et offre successivement au nouveau choisi :

une cystite fébrile, à colibacilles,

des douleurs abdominales dues à des oxyures,

une irritation, un grattement au niveau de l'amygdale droite, peut-être est-ce un cancer de la gorge "comme ma mère qui en est morte ?"

Devant sa méfiance, ce médecin l'envoie dans différents services hospitaliers, un pour chaque symptôme, puis fait une lettre pour le Service Libre de l'hôpital psychiatrique "... elle ne mange à peu près rien et ne veut plus se lever depuis trois mois, elle ne supporte aucun médicament".

A son arrivée dans le Service, Madame P. nous explique que le médecin qui l'envoie s'est trompé de bout en bout, qu'elle n'a pas eu de colibacillurie, mais une aérophagie et elle n'a jamais eu d'oxyures, on le lui a bien dit à l'hôpital.

Elle s'est fait adresser ici dans ce Service dont elle avait entendu parler par un ami de son mari, car elle a peut-être bien "un petit ébranlement nerveux, une petite dépression" due à son intolérance alimentaire, presque complète. Elle se demande après tout si elle a bien fait de venir ici, puisqu'elle ne pourra rien manger, elle aurait pu aussi bien se soigner chez elle.

C'est ainsi qu'elle engage la lutte avec les médecins du Service ..

Elle a des brûlures d'estomac et ne supporte aucun médicament par la bouche, elle reçoit donc un traitement par piqures ; à table elle refuse presque toute nourriture et comble de joie son mari en mangeant les petits plats qu'il lui confectionne et lui apporte chaque jour "elle va mieux", nous dit-il, à la maison elle ne pouvait plus rien prendre, elle restait toute la journée couchée et souvent son mari ou son fils âgé de 17 ans devait rester à la maison pour la soigner.

"Mon mari j'en fais ce que j'en veux". Elle a toujours peur pour eux, peur que son mari ou son fils se fassent écraser, peur qu'il leur arrive quelque chose et surtout de l'eau, elle a souvent des rêves d'eau. "Quand j'avais environ 8 ans, un soir mon père a retiré d'un trou un homme qui se noyait, un homme très grand, et je pensais que l'homme était si long que jamais mon père ne pourrait le retirer et se noierait. Je m'accrochais à la jambe de mon père et je criais". Le père réparait les métiers à tisser et parcourait les fermes dans toute la région, on le gardait à souper dans l'une d'elles ; il rentrait tard, elle se relevait au milieu de la nuit et sortait à sa rencontre dans la campagne ; la mère était malade et son frère aîné ne voulait pas l'accompagner ; elle attendait angoissée le retour du père, elle

avait peur qu'il tombe dans un trou d'eau.

Mais elle revient bientôt sur la minutieuse description de ses malaises, abordant chaque jour le médecin pour lui en décrire de nouveaux ou lui annoncer la réapparition des anciens et l'inefficacité du traitement. On le maintient cependant, elle dit se sentir mieux et sort.

Elle est suivie en consultation où chaque fois elle apporte sa liste de malaises.

Puis deux mois après le premier séjour elle revient se faire hospitaliser "Mon mari m'a fait la vie pour que je revienne". Elle ne mangeait plus, elle était très fatiguée et était obligée de rester au lit. Après quelques jours au cours de l'entretien elle raconte soudain qu'environ quatre mois après le début de ses troubles, un matin qu'elle gardait la petite fille de sa voisine, elle se sentait fatiguée, elle s'était étendue sur son lit, là soudain elle a eu envie de faire du mal à l'enfant, de l'étrangler ou de la passer par la fenêtre.

Son mari vient tous les jours, plusieurs heures ; on est obligé de limiter les visites, elle s'en plaint, les larmes aux yeux. Elle n'accepte toujours pas les médicaments par la bouche. Elle sort bientôt.

Nouveau séjour deux mois après. Elle ne mange pas, longue énumération habituelle, puis ... elle ne dort pas ; elle pense sans cesse à cette idée qu'elle a eu de faire du mal à l'enfant, faire du mal à un enfant ... "Quand je lis dans le journal qu'on a fait du mal à un enfant j'ai mal partout".

Elle commence à accepter un traitement par la bouche, mais réclame en plus un médicament que nous n'avons pas et demande à se le faire apporter de chez elle. Le médecin refuse. Elle ne part plus, elle a peur de rechuter si elle sort, elle a toujours été fragile "pas forte" ; elle est restée chez ses parents jusqu'à 32 ans, puis elle s'est mariée. Son mari était veuf, père d'un enfant de dix ans ; un enfant difficile qui se faisait renvoyer de toutes les écoles "Il aimait à me narguer, moi je ne le touchais jamais, je le disais à son père". Elle n'a jamais eu envie d'avoir un enfant "Il est venu, alors je l'ai élevé". Elle a eu une grossesse très pénible, a été malade pendant les neuf mois, ne pouvant pas manger, ayant des nausées et ne pouvant pas vomir. Elle a été longue à se remettre.

Elle est très satisfaite d'un de nos médicaments et lorsqu'elle

voit le flacon presque vide, elle nous demande si elle pourrait s'en faire apporter de chez elle. Elle se sent mieux. Elle sort.

Madame P. revient trois mois après, son fils s'est fiancé, il part pour le service militaire, elle a peur pour lui ; elle fait un assez long séjour prenant irrégulièrement son traitement.

La relation médecin-malade est elle ici rapport de lutte ou rapport de force ? Dans l'histoire de la relation il n'est pas encore possible de répondre ; si les rapports avec le médecin généraliste étaient devenus progressivement des rapports de force, il semble que dans le Service se sont engagés plutôt des rapports de lutte, par l'intermédiaire tantôt du médicament, tantôt de la situation triangulaire, dans laquelle elle faisait intervenir son mari ou au contraire le rejetait. Puis elle a apporté un symptôme névrotique.

Le danger des rapports de force est certes sans cesse présent avec un retour au langage somatique, ou l'immobilisation de la relation dans un simple échange de médicaments.

Dans cette deuxième partie nous avons tenté de rechercher qu'elle était la participation du malade, de sa maladie dans la situation d'oppression, par rapport à la participation des structures qui l'entourent.

Nous avons parlé des rapports du malade avec sa maladie, rapports dans lesquels étaient toujours impliqué autrui et particulièrement le médecin ; mais précisément ces rapports de force nous les voyons surtout dans la relation à autrui.

Car en ce qui concerne les rapports du malade avec sa maladie qu'en est-il exactement ? Dans quelle mesure en psychiatrie, est-il légitime de dissocier les deux termes malade et maladie ? Comment parler alors d'oppression par la maladie ? Le malade mental n'a pas certains rapports avec sa maladie, il n'est pas opprimé par sa maladie, il est un malade mental, et il est opprimé. Mais quelle est elle cette oppression ? "Nous autres modernes, nous commençons à nous rendre compte que sous la folie, sous la névrose, sous le crime, court une sorte d'expérience commune de l'angoisse" dit FOUCAULT.(1)

(1) FOUCAULT "Histoire de la Folie" page 133.

L'expérience de l'angoisse, propre à la condition de l'homme, nous la vivons aussi et surtout dans nos relations à autrui "Le pouvoir de l'homme sur l'homme, l'agressivité, le sadomasochisme, la culpabilité et la culpabilisation sont les dimensions constantes de la réalité inter-humaine". (1)

Dans la folie, dans le délire, dans la névrose, dans toute atteinte mentale, c'est notre angoisse qui est vécue. Et pour cela même, certains refusent d'appeler la folie : maladie. FOUCAULT suggère ainsi que ce sont les médecins qui se sont emparés de la folie.

Alors que fait donc le médecin lorsqu'il "soigne" la folie ? Il ne sait pas, il cherche, il est en présence d'un être qui souffre, qui se débat, qui s'enfonce dans un terrible isolement, mais il n'est déjà plus en présence, il participe lui aussi de cette souffrance, de cette lutte, pas seulement parce que ce sont aussi d'une autre manière sa propre souffrance et sa propre lutte, mais que ce sont maintenant la souffrance et la lutte de la rencontre.

(1) LAGACHE "La condition humaine vue par un psychanalyste". Communication au IIIème Congrès Mondial de Psychiatrie, Montréal Juin 1961.

CHAPITRE 6 : LA LUTTE CONTRE L'OPPRESSION.

Nous avons essayé dans ce travail de rechercher les différents réseaux de force dans lesquels pouvait être pris, en particulier à l'hôpital psychiatrique, le malade mental, en une démarche clinique nous amenant à ce que peut être la lutte contre l'oppression.

I - LES DONNEES STRUCTURALES.

Elles constituent la dimension historique de la folie. Les structures qui entourent le malade mental se sont modifiées, ont évolué au cours de l'Histoire, comme le montre justement FOUCAULT. Telles qu'elles existent actuellement, elles témoignent d'un lent bouleversement au cours duquel, la folie si longtemps prisonnière, isolée de la Société, réintègre progressivement cette Société en une mutuelle acceptation.

"L'idéal en architecture psychiatrique, c'est de faire les choses à la mesure de l'homme". (1)

La lutte contre l'architecture asilaire a commencé depuis longtemps. On ne bâtit plus, sur des visées mégalomaniaques d'immenses enceintes à l'honneur du département ; il est question partout de décentralisation, d'édification de petits centres psychiatriques qui remplaceraient les monstrueuses concentrations de certains hôpitaux.

En attendant, les grandes et tristes bâtisses se cloisonnent, les plafonds s'abaissent, les couleurs, les gravures et les plantes apparaissent et même les placards individuels.

Mais ce que signifient surtout l'écroulement des murs, la dispari-

(1) P. BALVET "De l'architecture d'oppression à l'architecture de liberté" Information Psychiatrique Février 1956 page 51.

tion des grilles, c'est l'atténuation, l'effacement progressif de la frontière sacrée qui séparait l'asile du monde extérieur.

Le rigide appareil contrôlant entrées et sorties s'assouplit peu à peu, tandis qu'une réforme de la loi de 1838 sur l'internement s'avère de plus en plus urgente, afin que disparaisse la confusion entre placement à l'hôpital psychiatrique et mesure policière. La nécessité d'un service d'entrée, avec une consultation médicale permanente, assurant elle-même la répartition des malades dans les services, et l'utilisation possible de lits de service libre de plus en plus nombreux, en attendant que s'effondre la distinction entre "libre" et "fermé".

L'asile s'ouvre avec la possibilité de soigner les malades, sans avoir à les isoler complètement de leur milieu familial. Il existe en certains pays, où sont encore en projet, des hôpitaux de jour ou des hôpitaux de nuit ou encore des foyers de post-cure, évitant l'alternative brutale d'adaptation entre l'hôpital psychiatrique et le groupe socio-professionnel.

Des ateliers spéciaux, adaptés à des rythmes de travail plus lents, en une organisation tout à la fois sécurisante et souple et dont la production serait intégrée à la vie économique du pays et cela sans équivoque, ni pour l'employeur quant à la qualité et la rentabilité du travail demandé, ni pour le travailleur quant au salaire reçu - ces ateliers spéciaux, donc, sont maintenant nécessaires, puisque leur absence seule, interdit encore la sortie de certains malades - il en existe déjà d'ailleurs quelques uns, de régime variable. (1)

L'hôpital psychiatrique s'ouvre pour ses malades, mais aussi pour ses médecins, avec la possibilité pour eux de rencontrer leurs malades non plus seulement à l'occasion des réhospitalisations, ou des consultations à l'intérieur de l'hôpital, mais au sein même des villes, des lieux où vivent habituel-

(1) Deux ateliers pour arriérés profonds fonctionnent à Lyon, l'un depuis deux ans, l'autre ouvert récemment. Ils ont été fondés par l'Association Départementale d'Hygiène Mentale et sont dirigés par le Dr. BEAUJARD et le Dr. ACHAINTRE.

lement leurs malades dans des dispensaires de plus en plus nombreux. Dans ces dispensaires, ils peuvent enfin rencontrer et soigner à l'aide de toute une équipe médico-socio-psychologique, des malades qui n'auront jamais connu et n'auront peut-être dans ces conditions jamais besoin de connaitre, les structures hospitalières.

Si l'hôpital psychiatrique participait de façon plus large à la vie universitaire, à l'enseignement de la psychiatrie bien sûr, mais aussi à l'enseignement médical général, les médecins généralistes d'abord, le milieu socio-familial ensuite, accepteraient mieux les malades mentaux ; en ce sens qu'ils seraient plus conscients, et à même de prévoir, leurs limites de tolérance mutuelle. Dans beaucoup de cas, serait évitée l'inextricable situation de force qui aboutit à l'internement.

A l'intérieur de l'hôpital, un des moyens de lutte contre l'univers concentrationnaire, contre la hiérarchisation formelle des rapports du personnel soignant et des malades est la Réunion d'Equipe : "Qu'est-ce donc que la réunion d'équipe ? Apparemment et au départ c'était une institution, pour ainsi dire une invention juridique, à cette échelle très modeste qu'est un pavillon d'hôpital. Mais cette institution était sous-tendue par un fait, pour ainsi dire indépendant de nos volontés : l'évolution des rapports, non seulement entre les membres du personnel, mais entre ceux ci et leurs malades, évolution qui était aussi celle des malades".(1) Réunissant en des colloques réguliers, médecins, infirmiers, assistante sociale et en général, tout membre ayant un contact à peu près permanent avec le malade ; ces réunions d'équipe traitent des relations avec le malade ; elles permettent une prise de conscience progressive, supportable, car atténuée par la réception collective des problèmes. En dehors de leur rôle didactique important, elles acquièrent peu à peu un rôle thérapeuthique capital puisqu'en elles s'éclairent et se dénouent les rapports de force, issus des structures du service.

(1) "La réunion d'équipe, conscience du pavillon et moyen psychothérapique". P. BALVET, D. ROTHBERG, C. BANGE. Information psychiatrique 1961.

II - LE MALADE.

Nous avons vu que l'oppression venant des données structurales était une sorte de réponse magique à une condition déjà propre du malade mental, que le mode de relation du malade mental établissait souvent un rapport de force avec autrui, que la rencontre primitive du médecin et du malade était déjà une situation d'oppression.

Tenter de faire évoluer cette situation, tenter de l'amener de ce mode à la fois archaïque et régressif de relation inter-humaine à une relation où le malade, mais aussi son interlocuteur puisse reconnaître et accepter un égal en autrui, ce qui implique la reconnaissance et l'acceptation de soi-même, constitue la lutte contre cette situation primitive d'oppression.

Et la lutte commence contre tout ce qui interdit la rencontre et à l'hôpital psychiatrique, contre la trop grande concentration de malades pour un trop petit nombre de médecins, ayant entrainé soit l'absence de traitement, soit la distribution à portée collective du médicament, soit ce palliatif qu'est l'ergothérapie, institution qui étouffe encore sous ce lourd héritage de l'utilisation asilaire des malades dans l'économie à circuit fermé des hôpitaux psychiatriques.

La thérapeuthique médicamenteuse est aussi un moyen de lutte contre cette situation dans la mesure seulement où elle permet et favorise l'intention psychothérapique. Sur celle-ci nous arrêterons ce travail.

CONCLUSIONS

I - En psychiatrie, dès la première rencontre médecin et malade sont impliqués dans une situation d'oppression.

Cette situation d'oppression étant l'ensemble des rapports de force d'une relation inter-humaine, pris dans certaines données structurales.

II - En psychiatrie, et cela particulièrement à l'hôpital psychiatrique lorsque le médecin rencontre le malade, ce dernier est déjà en rapports de force avec les structures qui l'entourent ; structures héritées de l'asile et qui en portent encore la trace.

III - Il est en rapports de force avec son milieu socio-familial. La situation d'oppression apparait comme une dialectique de force entre le malade et les données structurales du monde qu'il affronte.

IV - Cette dialectique est la signification même du délire, le vécu délirant oppressif du délire des persécutés, des hallucinés expriment tout à la fois les conflits intérieurs qu'implique la maladie et la réalité oppressive du milieu.

V - Dans la relation à autrui, et comme nous l'avons prise pour exemple, dans la relation médecin-malade, s'exprime surtout cette condition du malade mental. Ces rapports de force, le médecin les éprouve aussi, il est mis en demeure d'y participer.

VI - Mais le choix du médecin est un choix clinique, donc à intention thérapeutique. Comment lutter contre la situation d'oppression ?

Sur le plan des données structurales, ce fut et c'est encore la lutte contre l'asile, contre l'exclusion, la ségrégation des malades mentaux.
Dans la relation à autrui, c'est l'intention psychothérapique de la rencontre médecin-malade.

VU

Le Doyen,
Professeur HERMANN

Le Président de la Thèse
Monsieur le Professeur
DECHAUME

Vu et permis d'imprimer,
LYON, le 3 Février 1962

Le Recteur, Président
du Conseil de l'Université, P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE.

1 - M. BALINT "Le médecin, son malade et la maladie"
P U F 1960.

2 - P. BALVET "De l'autonome de la profession psychiatrique" Documents de l'Information Psychiatrique. Tome 2 Décembre 1946, page 11 à 17.

3 - P. BALVET "De l'architecture d'oppression à l'architecture de liberté." Information Psychiatrique. Février 1956, page 47 à 61

4 - P. BALVET "Les rapports de contrainte dans le pavillon". Causerie au stage de Sainte Ylie. 1956

5 - P. BALVET, D. Rothberg, C. Bange "La réunion d'équipe, conscience du pavillon, moyen psychothérapique". Information Psychiatrique Juillet 1961. page 375 à 391.

6 - L. BINSWANGER "Le cas Suzanne Urban". Etude sur la schizophrénie. Desclée de Brouwer 1957
"Le rêve et l'existence". Desclée de Brouwer 1954.

7 - BOLLOTTE " La longue éclipse". Information Psychiatrique janvier 1953 page 6 à 14. Juin 1953 page 134 à 138.

8 - BONNAFE "Point de vue psychothérapique". La Raison 1° trimestre 1957,n°17 page 5 à 33. 2° trimestre 1957 n° 18, page 23 à 64.

9 - BONNAFE "De la doctrine post Esquirolienne". Conférence faite à l'hôpital du Vinatier 1960.

10 - BONNAFE "Le personnage du psychiatre". Evolution psychiatrique 1948, tome III. p. 23 à 56

11 - BONNAFE ET DAUMEZON "Pour réfléchir à la relation médecin-malade dans le futur service psychiatrique public de secteur". Information Psychiatrique. Octobre 1959 p. 451 à 468.

12 - BUJTENDYK "Phénoménologie de la Rencontre" Desclée de Brouwer 1952.

13 - DAUMEZON "Les fondements d'une psychothérapie collective". Evolution Psychiatrique 1948 Tome III p. 57 à 85.

14 - DIATKINE "Réflexions d'un psychanalyste sur la participation des infirmiers à la psychothérapie". Information Psychiatrique Décembre 1958, p. 815 à 921.

15 - Mme M. DUBOR "L'habituation hospitalière en milieu psychiatrique". Thèse Lyon 1958.

16 - H. EY "L'autre comme fondement psychologique". Humaniser l'hôpital psychiatrique. Edition du Cerf 1959, p. 33 à 36.

17 - M. FOUCAULT "Histoire de la Folie à l'âge classique". Folie et déraison Plon 1961.

18 - S. FREUD "Cinq psychanalyses" PUF 1954.

19 - J. GABEL "Délire politique chez un paranoïde". Evolution Psychiatrique 1952 p. 315 à 326.

20 - A. GREEN "Délire et Imaginaire " Entretiens psychiatriques n° 4.PUF 1958 p. 147 à 185.

21 - A. HESNARD "Apport de la phénoménologie à la psychiatrie contemporaine" Communication au LVII° Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Juin 1959.

22 - J. LACAN "D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose". La psychanalyse n° 4 1958 p. 1 à 50.

23 - D. LAGACHE "La condition humaine vue par un psychanalyste." Communication au III° congrès Mondial de Psychiatrie Montréal 4-10 Juin 1961. Résumés.

24 - C. LEVY-STRAUSS "Anthropologie structurale"
Plon 1958.

25 - R. MILLON "Phénoménologie de l'interprétation délirante". Conférence faite à l'hôpital du Vinatier en février 1959

26 - PAUMELLE "Essais de traitement collectif du quartier d'agités". Thèse Paris 1952.

27 - P.C. RACAMIER "Sociothérapie des schizophrènes hospitalisés". Evolution psychiatrique Janvier à Mars 1957 p. 47 à 94

28 - P.C. RACAMIER "Hystérie et théatre" Evolution Psychiatrique 1952. p.257 à 291.

29 - L. REVERDY "Crise en Psychiatrie". Thèse Lyon 1944.

30 - D. ROUSSET "Les jours de notre mort". Edition du Pavois 1947.

31 - J.P. SARTRE "Théatre- Huis Clos". Gallimard 1947.

32 - V. TAUSK "De la genèse de l'appareil à influencer au cours de la schizophrénie". La Psychanalyse n° 4 1958 p. 227 à 265.

33 - TOSQUELLES "La rencontre, fondement métaphysique". Humaniser l'hôpital psychiatrique. Editions du Cerf 1959 p. 17 à 32.

34 - "De la contrainte en psychiatrie" Rapport collectif de l'Hôpital du Vinatier 1958.

TABLE DES MATIERES.

	Pages
INTRODUCTION	1
Ière PARTIE : LES DONNEES STRUCTURALES DE LA SITUATION D'OPPRESSION	
- CHAPITRE 1 : Signification historique	5
- CHAPITRE 2 : Certains aspects actuels des conditions de la psychiatrie hospitalière	16
- CHAPITRE 3 : Milieu familial et situation d'oppression	27
IIème PARTIE : L'OPPRESSION VECUE PAR LE MALADE.	
- CHAPITRE 4 : L'oppression vécue dans le délire	36
- CHAPITRE 5 : L'oppression vécue dans la relation à autrui	47
- CHAPITRE 6 : La lutte contre l'oppression	56
CONCLUSIONS	60
BIBLIOGRAPHIE	62

TABLE DES MATIERES.

Pages

INTRODUCTION 1

1ère PARTIE : LES DONNEES OBJECTIVALES DE LA SITUATION D'OPPRESSION

- CHAPITRE 1 : Signification historique 5
- CHAPITRE 2 : Certains aspects actuels des conditions de la psychiatrie hospitalière 16
- CHAPITRE 3 : Milieu familial et situation d'oppression 27

IIème PARTIE : L'OPPRESSION VECUE PAR LE MALADE.

- CHAPITRE 4 : L'oppression vécue dans le délire 36
- CHAPITRE 5 : L'oppression vécue dans la relation à autrui 47
- CHAPITRE 6 : La lutte contre l'oppression 56

CONCLUSIONS 60

BIBLIOGRAPHIE 62